FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Charles-Aimé-Maurice PETIT**

Né à Fresnes-l'Eguillon (Oise), le 15 mars 1886

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'ULCÈRE TRAUMATIQUE DE L'ESTOMAC

Président : M. THOINOT, *professeur.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DÉJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MERE

Je dédie ce travail, faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur THOINOT

Professeur de Médecine légale
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Docteur CHAPUT

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
(Externat 1907-1908.)

M. le Docteur de BEURMANN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
(Externat 1910-1911.)

M. le Professeur THOINOT

Médecin de l'Hôpital Laënnec

ET

M. le Professeur agrégé CASTAIGNE

Médecin des hôpitaux
(Externat 1911-1912.)

M. le Professeur agrégé MÉRY

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
(Externat 1912-1913, 1er semestre.)

M. le Professeur PINARD

Professeur de Clinique gynécologique et obstétricale
(Maison d'accouchements Baudelocque)
(Externat 1912-1913, 2e semestre.)

Avant de commencer ce modeste travail, nous sommes heureux d'adresser nos plus vifs remerciements à tous nos Maîtres qui nous ont initié à la pratique médicale et ont bien voulu nous prodiguer les richesses de leur enseignement ; nous n'oublierons jamais ceux à qui nous devons notre éducation professionnelle.

M. le Professeur Thoinot nous a inspiré le sujet et fourni les éléments de ce travail ; c'est un titre de plus à notre reconnaissance. Nous le prions en outre de vouloir bien agréer l'expression de notre plus vive gratitude pour l'extrême obligeance avec laquelle il nous a donné des conseils et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

L'ULCÈRE TRAUMATIQUE
DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Le 12 août 1910, M. le Professeur Thoinot pratiquait, à la Morgue, l'autopsie d'un homme décédé deux ans après une violente contusion de la région épigastrique ; il avait mission de dire si la mort était la conséquence de l'accident.

L'examen de l'estomac révéla l'existence d'une cicatrice, preuve indéniable que la muqueuse gastrique avait été le siège d'un processus ulcéreux ; cet ulcère s'était d'ailleurs manifesté par une symptomatologie très nette ; son évolution avait été suivie par différents médecins des plus autorisés ; d'autre part, l'authenticité de l'accident ne pouvait être mise en doute.

Une démonstration aussi évidente de la réalité de l'ulcère traumatique de l'estomac méritait de retenir l'attention. Aussi, sur le conseil de notre Maître, nous avons pensé qu'il serait intéressant de consacrer le sujet de

notre thèse à l'étude de l'ulcère gastrique consécutif à une violence extérieure.

Ce sujet nous a paru offrir un double intérêt : au point de vue scientifique, faire pénétrer un peu de lumière dans l'obscurité qui règne autour de la pathogénie de la lésion ; au point de vue social, permettre à l'ouvrier blessé d'invoquer le bénéfice de la loi du 9 avril 1898, en affirmant la nature traumatique d'un ulcère de l'estomac.

Nous n'avons pas la prétention de faire une œuvre originale. Ce sujet n'est pas nouveau et nombreux sont les travaux qui ont précédé le nôtre ; plusieurs thèses ont déjà été faites sur ce point et ont abouti aux mêmes conclusions que celles que nous nous proposons de poser.

Rassembler et classer les faits et les recherches épars dans les littératures française et étrangère ; publier quatre nouvelles observations dues à l'obligeance de M. le Professeur Thoinot et dont l'une constitue un document précieux ; essayer de tracer une histoire complète de l'ulcère traumatique de l'estomac ; donner à la lésion une physionomie aussi nette que possible et en tirer quelques considérations médico-légales ; faire, en un mot, *œuvre de mise au point :* voilà le modeste but que nous poursuivons.

HISTORIQUE

Au début du XIXe siècle, Pinel, dans son *Dictionnaire des Sciences médicales* et, après lui, Vidal de Cassis, Valleix, Boyer, Nélaton en France, Poland en Angleterre s'étaient occupés des relations qui existent entre le traumatisme exercé sur l'épigastre et les affections de l'estomac. Toutefois, la pathologie de cet organe étant à cette époque fort mal connue, ces différents auteurs n'avaient eu presque uniquement en vue que les plaies et les ruptures stomacales.

En 1830, Cruveilhier décrivait magistralement l'ulcère simple ; il en faisait une entité morbide, distincte de l'ulcération cancéreuse avec laquelle on avait confondu jusqu'alors toutes les ulcérations de la muqueuse gastrique.

Dès lors, l'étiologie et la pathogénie de la lésion devinrent l'objet de nombreuses recherches. A Potain revient l'honneur d'avoir indiqué le traumatisme comme cause possible de l'ulcère de l'estomac ; le premier, il publia, en 1856, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, une observation détaillée, restée un modèle du

genre, d'ulcère simple consécutif à une violence extérieure.

Cette idée fut reprise par de nombreux auteurs. En 1870, Caubet, dans sa thèse inaugurale, dit : « La contusion peut être le point de départ d'un ulcère de l'estomac qui donnera lieu à des hémorragies successives. » Quelques années plus tard, en 1879, Derouet rassembla les cas publiés par Potain, Panas, Trousseau, Rendu, Gallard, Le Loir. En 1881, Duplay cita, dans les *Archives générales de médecine*, trois nouvelles observations et, l'année suivante, Robert publia dans sa thèse, outre les faits cités par Derouet, d'autres cas dus à Poland, Carrière, Levrat et une observation personnelle.

Puis vinrent en France les travaux de Lucas-Championnière (1889), Rendu (1893), Gilles de la Tourette (1894), Tapie (1894), Richardière (1895), Forgue (1902), et les thèses de Mallen (Lyon, 1883), Torné (Toulouse, 1893), Pinatel (Paris, 1901), Dumény et Bigeon (Paris, 1903), Guillois (Paris, 1905), Desanti (Toulouse, 1905). En 1904, dans son ouvrage intitulé : *Les accidents du travail et les affections médicales traumatiques* le Professeur Thoinot réunit 31 cas français et étrangers.

Plus récemment, en 1907, J.-N. Lavelle, à Bordeaux, consacra sa thèse à l'étude de l'ulcère de l'estomac consécutif à un effort violent ; enfin, dans les *Annales des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition* du mois de février 1909, M. le Dr Œttinger apporta trois observations nouvelles, détaillées et complètes d'ulcères gastriques traumatiques.

En Allemagne, nous trouvons sur la question les pu-

blications de Leube (1886), Wittneben (1886), Müller (1894), Ebstein (1895), Pauly, Reichel et Levig (1898), Krœnlein (1899), Jessen et R. Stern (1900) ; en 1909, Thiem rassembla 44 observations empruntées surtout à la littérature allemande.

En Italie, après les travaux de Vanni et de Ferrannini (1889), de Romano (1899), Raneletti publia un mémoire très complet contenant 42 observations ; cet ouvrage ne porte aucune indication chronologique ; toutefois, il est d'une date postérieure à 1902, car on y trouve le cas observé par Forgue et communiqué le 22 octobre 1902 au Congrès français de chirurgie.

OBSERVATIONS

Nous avons réuni 73 observations ayant trait à l'ulcère de l'estomac consécutif à une violence extérieure ; nous ne nous dissimulons pas qu'elles ont une importance variable. Quelques-unes sont incomplètes ; d'autres, anciennes déjà, mais possédant une réelle valeur clinique, n'apportent pas la confirmation objective que l'on est en droit d'attendre, au moins en l'état actuel de la science : le chimisme gastrique. Nous avons pensé tout d'abord nous en tenir aux seuls cas récents, bien et complètement observés, qui sont d'ailleurs en nombre suffisant pour servir de base à l'étude de la lésion. Or, les adversaires de la théorie traumatique se retranchent derrière l'ulcère latent dont la fréquence est relativement grande ; pour eux, le processus ulcéreux était antérieur à l'accident qui n'a joué qu'un rôle secondaire de réveil ou d'aggravation. Aussi avons-nous cru devoir opposer à cet argument une quantité imposante d'observations, persuadé que le nombre entraînerait la conviction.

Nous avons adopté, dans ses grandes lignes, la classification de Richardière d'après l'évolution. Nous étu-

dierons d'abord : I° les cas qui ont eu une *évolution rapide*, terminés 1° par la *guérison*, ou 2° par la *mort*. II° Parmi les cas qui ont *évolué lentement*, nous avons distingué plusieurs catégories, suivant qu'il y a eu : 1° *guérison*, 2° *mort*, 3° *amélioration*, 4° état stationnaire avec *issue incertaine* ou enfin, 5° *complications :* sténose du pylore, abcès et fistule. En dernier lieu, III° nous avons mis à part les cas dont l'*évolution* est *inconnue* soit que : 1° ils aient été observés pendant un temps trop court pour qu'on ait pu se prononcer d'une façon définitive sur leur terminaison ou que 2° les observations ne mentionnent pas la durée de leur évolution.

Dans chaque catégorie, nous avons suivi l'ordre chronologique de publication.

Nous avons considéré comme ayant évolué rapidement les cas terminés en l'espace de six mois environ : cette limite arbitraire correspond assez exactement à la réalité des faits et permet une description facile. D'autre part, la majorité des malades qui ont présenté, dans ce délai, les apparences de la guérison complète n'ont pas été revus. La guérison a-t-elle été définitive ? On peut le croire, mais rien ne le prouve.

Enfin, nous avons volontairement omis de citer quelques cas allemands dus à Wittneben, Leube, Ritter, Ebstein, Reizenstein, Gross, Lehmann et Menne, rapportés par Thiem, dans son ouvrage : *Handbuch der Unfallerkrankungen* (1909) ; ces observations, dont nous ne discutons pas la valeur, sont résumées à un tel point qu'il nous a semblé impossible d'en tirer des conclusions utiles.

I. — Cas à évolution rapide : 22.

1° Cas à évolution rapide, terminés par la guérison : 18.

Observation I

PINEL. *Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XX, page 98, et ROBERT. Considérations sur les contusions de l'estomac. *Thèse de Lyon*, 24 mai 1882, page 23.

Mme B..., âgée de 32 ans, d'un tempérament nerveux, jouissant d'une assez bonne santé, reçut un coup dans la région épigastrique, ce qui, joint à une affection triste de l'âme, rendit sa santé chancelante. Plus de trois ans après, elle reçut sur la même partie un nouveau coup plus violent que le premier ; évanouissement de quelques minutes, douleur obtuse et profonde dans l'estomac, irrégularité du flux menstruel, douleur en toussant, vomissements spontanés, mêlés de beaucoup de sang.

Il fut bientôt impossible de faire garder à la malade aucun aliment solide ou liquide ; son aspect était très affligeant : figure triste, maigre, yeux languissants ; région épigastrique gonflée et extrêmement douloureuse au toucher ; expectoration et vomissement de sang.

Tous les médicaments administrés à l'intérieur étaient aussitôt rejetés. La malade fut abandonnée à la nature et à l'heureuse influence de la belle saison et, *peu de temps après*, elle paraissait rétablie.

La malade dont il est question dans cette observation, antérieure de quelques années au travail de Cru-

veilhier, a présenté des signes évidents d'ulcération gastrique. Le tableau clinique n'a été net qu'à la suite du second traumatisme ; c'est pourquoi nous avons considéré ce cas comme ayant évolué rapidement vers la guérison.

Observation II

Trousseau. *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, tome 55, année 1858, page 274.

Thérèse F... est entrée, le 18 février 1858, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. le Professeur Trousseau.

Le 4 février, elle avait reçu à la région épigastrique un coup de timon de voiture qui l'avait renversée et dont la violence lui avait fait perdre connaissance.

Dans la soirée, elle fut prise de vomissements de sang qui se continuèrent pendant la nuit et revinrent ensuite deux ou trois fois par jour, jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A l'Hôtel-Dieu, on observa qu'elle vomissait par petites gorgées, mais fréquemment, une certaine quantité de sang noirâtre, mêlé parfois à des caillots. La douleur épigastrique était assez intense ; appétit nul.

Le 22 février, les selles avaient de même été mêlées de sang noir, mais cela ne se renouvela pas.

A dater du 25 février, sous l'influence du traitement au perchlorure de fer (un gramme dans une potion gommeuse) les vomissements de sang et la douleur disparurent et le 11 mars, c'est-à-dire *cinq semaines* après l'accident, la malade quitta l'hôpital, parfaitement guérie.

Observation III

Caubet. Contribution à l'histoire de l'hématémèse considérée au point de vue étiologique. *Thèse de Paris*, 31 janvier 1870, page 22. (Observation recueillie dans le service de M. le Professeur Lasègue).

Il s'agit d'une femme qui, en tombant dans un escalier, se contusionna à la région épigastrique ; immédiatement, elle fut prise de vomissements de sang très abondants qui la firent entrer à l'hôpital. Le vomissement sanguin devint quotidien pendant plus de *quatre mois*, sans grand dommage pour la santé de la malade, bien qu'elle rendît par jour la valeur d'un crachoir de sang liquide et rutilant. Aujourd'hui, elle est parfaitement guérie.

Observation IV

Potain. Observation rapportée par Derouet : Etude sur l'ulcère simple de l'estomac de cause traumatique. *Thèse de Paris*, 12 mai 1879, page 25.

En l'année 1872, un homme couché dans la salle Saint-Luc, à l'hôpital Necker, pour une affection très légère, était voisin d'un épileptique dont les accès étaient des plus violents. Voulant un jour le secourir, il reçut à l'épigastre un si fort coup de tête que, sur le moment même, il fut pris d'un vomissement de sang.

Dans les jours qui suivirent, il conserva des douleurs à l'épigastre, de l'intolérance pour les aliments, des vomissements répétés et des douleurs à la fois épigastriques et rachidiennes qui paraissent se rattacher à la persistance de l'altération de l'estomac.

Néanmoins, sous l'influence du régime lacté exclusif, les accidents ne tardèrent pas à se calmer et disparurent en moins de *quinze jours*.

Observation V

Panas. Observation rapportée par Derouet, *loc. cit.*, page 31.

R... Albert, 25 ans, entre le 21 octobre 1877, à l'hôpital Lariboisière. Homme d'une bonne santé, assez robuste, ne présentant aucun antécédent à noter du côté des voies digestives.

Le malade raconte qu'il a été attaqué à l'improviste, à dix heures du soir, par un individu qui lui a donné un violent coup de pied dans le ventre; *il avait mangé et bu une heure auparavant.* Renversé sur le coup, il a perdu connaissance; quand il est revenu a lui, il était à l'hôpital. Il a vomi beaucoup de sang et en a remarqué dans ses urines.

22 octobre. — Température 36°6 ; pouls plein, assez fort. L'épigastre, comme la région rénale de chaque côté, est le siège de douleurs assez vives, exagérées par la pression. Il n'y a ni météorisme, ni hoquet, ni vomissements porracés, mais le malade accuse de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles et présente un abattement général assez marqué. Régime lacté.

23 octobre. — Vomissements abondants de matières noires. Syncope.

27 octobre. — Melaena.

31 octobre. — Vomissement de lait d'abord, de sang ensuite.

11 novembre. — Le malade n'avait eu ni nausées, ni vomissements, ni douleurs depuis le 31 octobre. Il est repris de vives douleurs à l'estomac.

12 novembre. — Vomissement contenant un peu de sang. Régime lacté.

18 et 19 novembre. — Hémorragie intestinale abondante de sang rouge.

1er décembre. — Le malade a pris, il y a trois jours, pour la première fois, des aliments solides ; depuis, douleurs violentes, hématémèses, melaena.

10 décembre. — Les hémorragies ont cessé ainsi que les douleurs.

19 décembre. — Très bon état ; le malade commence à prendre des aliments solides, sans être incommodé.

1er janvier. — N'ayant plus d'accidents, il sort de l'hôpital *deux mois et demi* environ après le traumatisme.

Observation VI

DEROUET, *loc. cit.*, page 36.

D..., 38 ans, palefrenier à l'Administration des Postes, entre le 5 décembre 1878, à l'hôpital Necker, service de M. le Professeur Potain.

Cet homme, d'une bonne santé habituelle, ne présente comme antécédent morbide qu'une fièvre jaune contractée en Chine. Aucun excès alcoolique depuis 1870.

Il raconte que, il y a six semaines, il reçut un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit ; il tomba et le flanc gauche alla heurter le trottoir. *Il était trois heures de l'après-midi ;* lorsqu'on le releva, étourdi de sa chute, il vomit une partie de son déjeuner ; il fut pris en même temps de vives coliques.

Le lendemain, il eut un vomissement de sang qui se répéta le soir de la même journée ; *ce fut le seul.* Pendant les dix jours qui suivirent, il eut une diarrhée abondante ; les selles, au nombre de sept à huit par jour, étaient noires. L'ingestion des ali-

ments était des plus pénibles; elle s'accompagnait d'une douleur vive au niveau de l'épigastre. Depuis trois semaines, le malade a de la toux, mais pas d'expectoration ni d'oppression.

6 décembre. — Le malade est amaigri, pâle, sans œdème ni bouffissure. Il existe une certaine distension de l'estomac qui, à la palpation, donne une sensation de rénitence. La douleur est extrêmement intense en un point situé au-dessus de l'appendice xiphoïde, mais on ne peut la provoquer en arrière, le long de la colonne vertébrale, ni en un point correspondant, ni ailleurs.

Symptômes fonctionnels : appétit nul, langue bonne; pas de vomissements ni de coliques : diarrhée abondante. Du côté de l'appareil respiratoire, l'auscultation fait entendre quelques râles disséminés dans les deux poumons. Régime lacté exclusif.

Le malade sortit de l'hôpital dans les derniers jours de décembre, *deux mois et demi* environ après l'accident, ne présentant plus aucun symptôme gastrique ou intestinal et digérant sans difficulté les aliments légers.

Observation VII

Leloir, interne des hôpitaux, communication verbale. Observation rapportée par Derouet, *loc. cit.*, page 35.

X..., 35 ans, forgeron, entre le 13 novembre 1878, à l'hôpital de la Charité, service de M. le Professeur Vulpian. Cet homme, bien portant jusque-là, raconte que, huit jours auparavant, il eut la poitrine comprimée entre un mur et le cheval qu'il était en train de ferrer. Le jour même de l'accident, il n'éprouva qu'une douleur trés intense à la base du thorax et au creux épigastrique; mais le soir, il fut pris de quintes de toux et rendit une certaine quantité de sang (1/2 verre environ).

Le lendemain, la douleur épigastrique n'avait pas diminué ; elle était exaspérée par l'ingestion des aliments mais ne présentait, au dire du malade, aucune localisation bien nette.

Deux jours après, il fut pris de vomissements et rendit, nous dit-il, quelques caillots. Les douleurs thoraciques et épigastriques persistaient, mais la dyspnée et la toux avaient presque complètement disparu.

Le 13 novembre, il entre à l'hôpital ; c'est un homme bien constitué, ne présentant aucune contusion thoracique ni fracture de côtes. Le malade accuse une douleur à la pression au niveau des pectoraux et du creux épigastrique, douleur éveillée également par l'ingestion des aliments.

Apaisement complet des douleurs et des nausées sous l'influence du régime lacté.

Observation VIII

Duplay. *Archives générales de médecine*, septembre 1881, page 339. (Observation recueillie par M. Levrat, chez M. Cruveilhier, à la maison de santé de Paris, en 1876).

Marie X..., 26 ans, domestique, entre à la maison de santé, le 25 juillet 1876.

Il y a trois semaines, la malade, qui était montée sur une table pour accrocher des rideaux, fit une chute dans laquelle la région de l'estomac porta sur l'angle de la table. La douleur fut assez intense pour provoquer une syncope et la malade vomit aussitôt le repas qu'elle avait pris *trois heures* auparavant ; elle ignore s'il y avait du sang dans les matières vomies. Le troisième jour, et chaque jour, pendant trois semaines, la malade vomit du sang rouge ; sauf quelques boissons glacées prises en petite

quantité, aucun aliment n'est toléré. Cet état détermina une grande faiblesse et un amaigrissement notable.

A son entrée à l'hôpital, on constata l'absence de toute tumeur à la région épigastrique ; la pression en ce point déterminait une douleur assez vive, irradiant dans le dos. En outre, il existait une douleur spontanée, peu vive, avec irradiation en arrière.

Sous l'influence du régime lacté et de l'administration de quelques gouttes de laudanum, les accidents semblèrent s'atténuer et disparaître ; mais la malade ayant voulu prendre du chocolat, immédiatement les douleurs et les vomissements reparurent et on constata de nouveau la présence du sang dans les matières vomies. Le régime fut repris et la malade quitta l'hôpital, au bout de quinze jours, pour aller à la campagne.

Revue deux mois après, elle avait engraissé et recouvré ses forces ; depuis trois semaines, elle pouvait prendre des potages, boire du vin, sans qu'il en résultât ni douleurs, ni nausées, ni vomissements. Ceux-ci n'avaient pas reparu depuis plus d'un mois et, à cette époque même, ils ne renfermaient plus trace de sang ; la guérison semblait donc complète *trois mois et demi* environ après l'accident.

Observation IX

DUPLAY. *Loc. cit.*

La nommée H..., 34 ans, domestique, de bonne santé générale et sans troubles digestifs antérieurs, est attaquée le 3 juin 1879 par des malfaiteurs qui l'ont rouée de coups ; la région épigastrique a été atteinte. *Un quart d'heure* avant l'accident, la malade avait déjeuné d'une tasse de café au lait.

Quatre heures après l'agression, elle est prise de vomissements et rend du sang presque pur (un verre et demi environ) ; à plusieurs reprises, dans la journée, ces vomissements se renouvellent. La soif est vive, mais les boissons ingérées sont immédiatement vomies, mélangées de sang. Le troisième jour, la malade essaie de prendre quelques aliments en petite quantité, mais leur ingestion détermine des douleurs épigastriques très violentes. Régime lacté. Pendant plusieurs jours encore, les liquides ingérés déterminent des crampes très douloureuses et provoquent des nausées sans vomissements. Pendant tout ce temps, la pression au-dessous de l'appendice xiphoïde et le long du rebord costal gauche détermine une douleur assez vive.

Peu à peu la malade, dont l'appétit revient *de jour en jour*, commence à prendre quelques aliments solides, n'éprouvant plus de douleurs, ni aucun symptôme particulier au niveau de l'estomac.

Observation X

DUPLAY. *Loc. cit.*

L. P..., 48 ans, est entré dans mon service, le 3 décembre 1879 ; c'est un homme d'une bonne santé habituelle, non alcoolique, n'ayant jamais présenté aucun symptôme gastrique.

Il y a six semaines environ, il a été renversé par une voiture ; il est tombé en avant, la région épigastrique portant violemment sur le sol. Il avait mangé *quatre heures* avant l'accident. Tout d'abord douleurs médiocres, pas de vomissements ; le malade put regagner à pied son domicile.

Le lendemain, les douleurs à la région épigastrique étaient plus intenses ; il se produisit quelques vomissements renfer-

mant du sang noir et coagulé ; ces vomissements se renouvelèrent les jours suivants ; il y avait en outre de l'inappétence, de la soif et l'ingestion des liquides même était douloureuse. Traitement : lait et eau de Vichy, quelques gouttes de laudanum. Au bout de quinze jours, le malade allait mieux : plus de vomissements ; l'appétit étant revenu, il recommença à travailler.

Cependant, sans aucune cause connue et sans que le malade ait fait aucun excès, les mêmes symptômes se manifestèrent de nouveau : l'appétit disparut peu à peu et, et il y a douze jours, le blessé fut repris de vomissements, mais ceux-ci ne renfermaient d'abord ni sang, ni matières noirâtres.

A l'hôpital, on trouve dans les vomissements la présence, en quantité notable, d'une substance analogue à du marc de café. En outre, le malade accuse des douleurs très intenses qui le privent de sommeil, siègent à la région épigastrique, s'irradient dans le dos et ne se calment que par le décubitus sur le ventre. L'exploration la plus attentive de la région épigastrique est négative. La santé générale est assez bonne, sauf un peu de pâleur et d'amaigrissement ; toutes les fonctions sont normales. Sous l'influence du régime lacté associé à l'eau de Vichy, les douleurs et les vomissements ont à peu près cessé, l'appétit a reparu et le malade quittait l'hôpital, sur sa demande, dans un état très satisfaisant, après un séjour d'environ deux mois, c'est-à-dire *cinq mois* environ après l'accident.

Observation XI

R. Stern. *Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Iéna*, 1900, pages 197-213.

(Cas observé dans l'armée prussienne, année 1888-1889).

Le 8 juin, un soldat du génie, très bien portant antérieurement, s'est heurté avec violence le ventre contre une poutre, dans un saut maladroit. Quelques minutes après l'accident, il a presque entièrement perdu connaissance.

A son retour à la caserne, il a vomi du sang; dans la journée, les douleurs qu'il ressentait à la région épigastrique disparurent et il continua son service; dans la soirée, il eut une nouvelle hématémèse. Il entra à l'hôpital où l'on ne constata rien d'anormal du côté des appareils cardiaque et respiratoire; pas de fièvre. La région gastrique était très sensible à la pression.

Du 11 au 30 juin, le malade n'a pas eu de vomissements de sang, mais les efforts de toux provoquaient des régurgitations brusques d'une petite quantité de liquide rougeâtre; à la fin du mois d'août, la nourriture était bien supportée. Le 3 septembre, *trois mois* environ après le traumatisme, la guérison était complète.

Observation XII

Vanni. *Sull' ulcera dello stomaco di origine traumatica.* Lo Sperimentale. Firenze. Juglio, 1889.

Le 26 décembre 1887, un homme de 32 ans tombe d'une chaise et se contusionne la région épigastrique contre la colonne d'un lit en fer. Perte de la connaissance et, quelque temps après, vo-

missement du repas ingéré. Le lendemain matin, le malade ressent une violente douleur à l'épigastre ; puis il perd l'appétit et accuse des douleurs gastriques après les repas.

31 décembre. — Deux vomissements.

1er janvier. — Vomissements après les repas.

15 janvier. — Première hématémèse qui s'est renouvelée le 19 janvier. Affaiblissement général.

20 janvier. — L'auteur voit le malade pour la première fois ; c'est un homme d'une forte constitution mais pâle. La langue est saburrale. A la pointe du sternum, sur une surface circonscrite de 3 centimètres carrés environ, la pression provoque une violente douleur ; à ce niveau existe également une douleur spontanée qui se propage en arrière vers la colonne vertébrale. L'estomac n'est pas dilaté ; on ne sent aucune résistance anormale. Les vomissements à demi liquides et à demi solides contiennent de l'HCl libre ; on n'y trouve pas de sang. Traitement : régime lacté et eaux minérales alcalines.

28 janvier. — Nouvelle hématémèse. Depuis cette époque, l'amélioration a été rapide ; après un mois, on constate une augmentation de poids de quatre kilogrammes. Les douleurs spontanées ont disparu, la pression seule de la région épigastrique, reste encore un peu douloureuse. Au bout de *trois mois*, la guérison est complète et le malade peut reprendre son travail.

Observation XIII

THIEM. *Handbuch der Unfallerkrankungen*, II Band. II Teil pages 434-463. Stuttgart, 1909.

Un cultivateur, âgé de 47 ans, robuste, non alcoolique, reçut le 15 juin 1898 un coup de museau de vache dans le creux épigastrique. Il ressentit aussitôt une vive douleur qui s'atténua

rapidement, pour reparaître quelques jours après avec une perte complète de l'appétit.

Le 26 juin, onze jours après l'accident, le malade eut une première hématémèse suivie de syncope ; les 28 et 29 juin, nouveaux vomissements de sang. En même temps, on nota de la sensibilité de la région épigastrique et des signes de dilatation d'estomac. Sous l'influence du traitement, les accidents disparurent *rapidement*. Toutefois, revu en 1906, le blessé avait encore une légère dilatation gastrique avec une certaine infiltration de la région pylorique.

Observation XIV

RANELETTI. Observation n° XIII du mémoire « L'ulcera traumatica dello stomaco ».

C. S..., manœuvre, âgé de 17 ans, entre le 11 août 1904 à l'hôpital Humbert-I^er^, dans le service du Professeur Zeri, pour des douleurs gastriques.

Aucun antécédent héréditaire ne mérite d'être signalé. Le malade ne fume pas et ne se livre à aucun excès alcoolique ; son appétit a toujours été bon et ses digestions faciles.

Le 4 juin 1904, *une heure* après son repas, une planche d'un pont de bois sans parapet ayant manqué, il tomba avec un seau d'eau d'une hauteur de dix mètres sur un sol couvert de matériaux de construction ; il se contusionna violemment la région épigastrique à gauche, la base du thorax et l'épaule gauche. Il perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital Saint-Jacques, où l'on constata de multiples contusions, une plaie du cuir chevelu et une fracture de la clavicule gauche au tiers externe ; après avoir repris connaissance, il accusa une violente douleur épigastrique

qui s'atténua peu à peu ; toutefois, on prépara le nécessaire pour une intervention chirurgicale.

Deux jours après, le malade se mit à tousser, à rejeter des crachats muco-purulents : l'auscultation révéla des signes de bronchite dans le lobe pulmonaire supérieur gauche ; en outre, l'appétit était diminué et une alimentation légère était seule tolérée. Il quitta l'hôpital après vingt-trois jours, guéri de ses lésions chirurgicales, mais ayant encore de la toux et une douleur épigastrique.

De retour dans sa famille, il reprit son alimentation habituelle. Bientôt, alors que la toux cessait, la douleur épigastrique augmentait ; continue, elle devenait plus intense aussitôt après les repas et s'accompagnait d'une sensation de brûlure à l'estomac, avec éructations acides. Dans la seconde moitié du mois de juillet, environ un mois et demi après l'accident, subitement, le malade vomit *pour la première fois* un verre et demi environ de sang liquide et rutilant ; au début du mois d'août, pendant le repas, il vomit plusieurs cuillerées de potage mélangé de sang.

Préoccupé de ce fait, il entra le 11 août à l'hôpital Humbert-I^er^, où l'on fit les constatations suivantes : jeune homme d'une constitution plutôt faible, pâle, légèrement œdématié ; cal osseux à la clavicule gauche. Vibrations thoraciques augmentées, tympanisme et diminution du murmure vésiculaire dans le lobe supérieur du poumon gauche ; douleur à la palpation de la région épigastrique, surtout au niveau de la ligne médiane ; la pression profonde est intolérable. On ne trouve ni tumeur abdominale, ni dilatation d'estomac. La sensibilité cutanée et les réflexes rotuliens sont exagérés. Les autres organes sont indemnes. Le blessé se plaint d'une douleur spontanée avec sensation de brûlure et de pesanteur siégeant à la région épigastrique et

augmentant d'intensité avec l'ingestion des aliments. Sous l'influence du traitement (diète lactée, application locale de glace, azotate d'argent), il se produisit une amélioration très sensible.

Le 16 septembre, le blessé absorbe en cachette quelques aliments solides ; le lendemain au réveil, sans aucun effort, il rejette un verre d'un liquide sanguinolent, de couleur rouge sombre, acide (HCl : 2 °/₀₀) ; les douleurs reparaissent. Malgré le traitement, les 18, 21 et 22 septembre, le malade a de nouvelles hématémèses ; la douleur s'atténue toutefois et le 24 octobre, le blessé sort de l'hôpital.

Revu en novembre, c'est-à-dire *cinq mois* environ après l'accident, il n'accuse plus aucune douleur stomacale et a repris entièrement son alimentation habituelle.

Observation XV

Lavelle. Contribution à l'étude de l'ulcère traumatique de l'estomac. *Thèse de Bordeaux*, 15 février 1907, page 32. (Observation communiquée par M. le Professeur agrégé Sabrazès).

Joseph B..., âgé de 43 ans, marin, entre le 19 septembre 1904 à l'hôpital Saint-André parce qu'il souffre de l'estomac.

Personne dans ses antécédents héréditaires n'a présenté de troubles gastriques ; quant à lui, il a toujours joui d'une bonne santé, d'un bon appétit et de digestions faciles. Il avoue quelques habitudes alcooliques.

Au commencement du mois de juin 1904, *après le repas de midi*, il a fait un faux pas, a glissé et est tombé sur un seau, la face en avant. La région épigastrique a été sérieusement contusionnée, au point que, le lendemain, une ecchymose de la largeur d'une main d'enfant s'y montrait. Malgré cela, le malade

n'éprouve aucune douleur et peut continuer quelque temps son travail.

A peine deux ou trois jours se sont-ils écoulés, qu'il commence à ressentir des lourdeurs d'estomac; il n'a plus le même appétit; plusieurs fois dans la journée, surtout une heure ou deux après avoir mangé, il a de petits vomissements alimentaires un peu glaireux, un peu acides. Les douleurs épigastriques s'accentuent de jour en jour, deviennent insupportables. Le malade est obligé de cesser tout travail.

Le lundi 19 septembre, *trois mois* environ après l'accident, il a subitement un grand frisson et vomit un litre et demi de sang rouge, mélangé à des caillots. Il perd connaissance; on le transporte à l'hôpital.

Voici dans quel état nous l'avons trouvé le lendemain :

20 septembre 1904. — Pâleur extrême; pouls égal, régulier, filiforme. La palpation de l'estomac est relativement facile. On détermine bientôt cependant une assez vive douleur, douleur en broche, qui a son point de départ à quelques centimètres de l'appendice xiphoïde à gauche, et qui correspond, en arrière, à un point diamétralement opposé. Pas de météorisme, pas de hoquet, pas de nausées. Les autres organes paraissent sains. On prescrit le régime lacté, le repos au lit le plus absolu, la glace sur le ventre.

24 septembre. — Le blessé se trouve mieux; il n'a pas eu de vomissements, mais une fois, a constaté la présence de sang dans ses selles.

30 septembre. — Le malade prend quelques aliments solides.

3 décembre. — Hier au soir, il a été pris d'étourdissements et de violentes crampes d'estomac. La nuit, il a eu un vomissement alimentaire avec d'abondants caillots de sang.

Ce matin, nous le trouvons très pâle, très abattu. L'épigastre est douloureux ; on supprime tout aliment solide.

4 décembre. — Selles noirâtres.

15 décembre. — Le malade ne souffre plus.

Le 15 janvier 1905, *sept mois* environ après le traumatisme, il sort à peu près guéri.

Observation XVI

LAVELLE. *Loc. cit.*, page 34.
(Observation communiquée par le Dr B..., médecin stagiaire au Val-de-Grâce.)

Jules E..., trimardeur, âgé de 54 ans, souffre de l'estomac depuis 1905, à la suite d'un accident. Jusqu'à cette époque, il a toujours été bien portant. Cependant, il ne mangeait jamais à heure fixe, fumait beaucoup et buvait chaque jour un litre de vin et deux à quatre apéritifs.

En 1882, il a eu un chancre sur la verge.

En 1905, il reçoit sur l'épigastre un coup de pied d'un cheval qu'il pansait ; il tombe et perd connaissance. A partir de ce moment, il ressent de vives douleurs épigastriques, douleurs en broche, le traversant de part en part et se montrant toujours après les repas. Pour les calmer, il est obligé de se coucher une heure environ sur le côté gauche. Il ne tarde pas à avoir des vomissements où il ne constate jamais trace de sang. Il n'a jamais de melaena. Il se soumet lui-même au régime lacté presque exclusif et, au bout de deux mois environ, les troubles gastriques ont disparu. Il cesse alors tout régime.

En juillet 1906, il aidait à mettre en meule des gerbes de blé, quand subitement, faisant un effort pour soulever l'une d'elles,

il sentit une vive et profonde douleur au creux épigastrique ; c'était, dit-il, comme si quelque chose s'était déchiré dans son estomac. Il ne put continuer son travail et alla se coucher. Une demi-heure après, il fut pris de hoquet, de nausées et vomit une quantité assez considérable d'aliments, mêlés à d'abondants caillots. On prescrivit des cataplasmes chauds sur le ventre, le régime lacté, le sous-nitrate de bismuth. Les deux selles qui suivirent l'hématémèse furent franchement sanguinolentes.

Pendant quelque temps, il continua à souffrir surtout après avoir introduit quelque aliment dans son estomac. Il éprouve une sensation de brûlure qui a son maximum d'intensité dans la région périxiphoïdienne et va s'irradiant dans le dos, vers la première vertèbre lombaire. Le matin, dit-il, il a quelques petits vomissements glaireux, très acides. Quelquefois il a, dans la journée, de petites hématémèses d'un quart de verre à un verre à liqueur d'un sang rouge, sans caillots. Ce symptôme ne l'effraie pas outre mesure, car vers le milieu du mois de septembre, il cesse tout régime et reprend sa vie et son métier de trimardeur.

Le 6 janvier 1907, il nous a été permis de revoir ce malade. Son état est très satisfaisant. Depuis un grand mois il n'a pas eu la moindre hématémèse ; il ne souffre plus de l'estomac. Il serait, nous dit-il, tout à fait bien portant, si le matin au saut du lit, il ne vomissait pas quelques glaires très acides qui le brûlent tout le long de l'œsophage. La guérison semble cette fois complète *six mois* environ après le deuxième traumatisme.

Observation XVII (Inédite).

Observation extraite d'un rapport médico-légal de MM. les Drs Thoinot, Richardière et Paul (26 février 1910), due à l'obligeance de M. le Professeur Thoinot.

Le sieur S..., âgé de 40 ans, ouvrier mineur, déclare que le 4 décembre 1908 il a été atteint, par un coup de manivelle de treuil dans la région costo-abdominale gauche ; il indique également, comme ayant été touchée, la région épigastrique. La réalité de cet accident ne peut être contestée, ainsi qu'il appert de l'enquête à laquelle il a été procédé.

D'après les certificats des Drs P... et M..., médecins traitants et du Dr P..., médecin de la Compagnie d'assurances, voici quelle a été l'évolution de la lésion : le blessé, étourdi, a immédiatement rendu du sang par la bouche; il rentra à son domicile et dut se coucher. Il se trouvait alors en état de shock, avec un pouls petit et rapide ; la région épigastrique était douloureuse. Le traitement suivant fut ordonné : repos absolu au lit, potion à l'ergotine, application de glace sur le ventre, lavements alimentaires et administration de morphine. Deux nouvelles hématémèses eurent lieu le troisième et le douzième jours après l'accident ; la dernière fut si violente que le malade perdit connaissance pendant plusieurs heures. Depuis cette époque, le blessé est resté exsangue, confiné au lit ; il n'a commencé à se lever que dans les premiers jours de février. Revu le 13 mars 1909, il souffre de l'estomac immédiatement après les repas et pendant deux à trois heures; les douleurs sont parfois si vives qu'elles l'obligent à s'aliter. Il n'a repris son travail que le 28 juil-

let 1909 et ne l'a pas interrompu depuis cette date pour motif de santé.

Le 26 février 1910, jour de l'expertise médicale, S... déclare toutefois qu'il sent encore, après ses repas, de fortes douleurs dans l'estomac. L'examen n'a permis de constater aucun symptôme local ou général.

Conclusions : S... ne garde actuellement aucun reliquat anatomique ou fonctionnel de l'accident subi le 4 décembre 1908. La date de la guérison peut être fixée au 28 juillet 1909, époque de la reprise du travail, c'est-à-dire *sept mois* environ après le traumatisme.

Observation XVIII (Inédite).

Observation extraite d'un rapport médico-légal (22 novembre 1910) et due à l'obligeance de M. le Professeur Thoinot.

Le sieur T..., âgé de 31 ans, porteur d'eau, a été blessé le 14 mai 1910. Il a été serré entre une voiture automobile et la voiture qu'il conduisait ; il a ressenti une douleur interne immédiate. Une demi-heure après l'accident, il a rendu abondamment du sang par la bouche ; il a perdu connaissance, a été ramassé sur la voie publique et transporté à l'hôpital Beaujon où il a subi d'urgence l'opération de la laparotomie. Il déclare ne pas savoir quelles lésions internes il portait. Il a quitté l'hôpital au bout de quinze jours et a fait un séjour de quinze jours à l'asile des convalescents de Vincennes. Il a craché du sang pendant son séjour à l'hôpital Beaujon et à l'asile de Vincennes.

Le Professeur Thoinot le voit à deux reprises. La première fois, le blessé accuse les troubles suivants : perte de l'appétit, vomissements dès qu'il a mangé, coliques continuelles, diarrhée

persistante, cauchemars et transpiration la nuit. Il décrit ainsi ses crises de vomissements: après le repas, il est pris d'aigreurs et vomit au bout de deux heures environ; il est immédiatement soulagé. En outre, il tousse et crache le sang de temps en temps.

Un certificat médical du Dr C..., médecin traitant, en date du 30 septembre 1910, indique, outre les vomissements et les douleurs stomacales, des souffrances du côté droit de la poitrine et de la toux; l'état général a beaucoup baissé et le poids serait descendu de 70 kilogrammes à 61 kgr. 500.

En novembre, l'expert fait les constatations suivantes : pas d'amaigrissement notable depuis le premier examen (le poids est resté le même, 64 kilos 500). Respiration emphysémateuse, sans aucun foyer de bruits adventices. Pas de modification des bruits du cœur. Le foie déborde nettement la limite des fausses côtes droites; il y a un tremblement assez accusé des mains, plus léger de la langue. L'estomac semble dilaté, mais la palpation de la région épigastrique ne s'est montrée douloureuse en aucun point.

Il conclut de ses examens que le sieur T... a eu, de toute évidence, des lésions gastriques ; la muqueuse a été contusionnée, ce qui explique les hématémèses qui se sont produites immédiatement après l'accident et plus tardivement encore. D'autre part, le sieur T... a présenté nettement une symptomatologie gastrique : douleurs, vomissements après les repas, qui se rapporte à la lésion connue sous le nom d'ulcère traumatique de l'estomac. Mais le blessé est plutôt en voie de grande amélioration qu'en état stationnaire ou en voie d'aggravation : il a gagné 3 kilos, bien qu'il ne soit pas actuellement soumis à un régime rigoureux. En définitive, M. le Professeur Thoinot accepte l'évolution d'un ulcère traumatique de l'estomac, mais bénin et mar-

chant vers la guérison qui semble actuellement (*six mois* après l'accident) bien près d'être atteinte.

2° Cas à évolution rapide, terminés par la mort :

Observation XIX

Pauly (de Posen). — *Aertzliche sachsverstændigen Zeitungen.* Berlin, 15 janvier 1898.

Il s'agit d'un employé de chemin de fer, R..., qui avait toujours été bien portant. Il fut tamponné par un wagon et reçut un coup violent dans la région épigastrique. Depuis l'accident, il ressentait une vive douleur au niveau des fausses côtes, en avant ; il n'eut ni vomissements alimentaires, *ni hématémèses*, mais son appétit disparut et l'état général périclita.

Il souffrait toujours, lorsque *six semaines* après l'accident, il fut pris brusquement d'une douleur déchirante au niveau de l'estomac. Pauly diagnostiqua, ainsi que ses confrères appelés en consultation, une perforation de l'appendice. Le malade mourut au bout de trente heures. L'autopsie révéla une péritonite subaiguë, consécutive à la perforation d'un ulcère stomacal ayant environ les dimensions d'une pièce de 50 pfennigs et siégeant sur la petite courbure, à 12 centimètres du pylore.

Observation XX

Pauly, *loc. cit.* et Raneletti, *loc. cit.*, obs. XIV.

Un individu, jusqu'alors en état de parfaite santé apparente, renversa énergiquement et brusquement le corps en arrière pour éviter une chute au cours de son travail. Il ressentit sur le coup

une douleur violente qui fut mise sur le compte d'une rupture musculaire.

Mais la santé du blessé périclita. Il perdit l'appétit ; il ne put jamais plus tolérer d'aliments solides qui provoquaient une douleur gastrique intense. *Huit semaines* après l'accident apparurent brusquement les signes d'une péritonite par perforation qui détermina la mort.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une péritonite consécutive à la perforation d'un *ulcère duodénal* de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, distant de 1 cent. 1/2 à peine de l'orifice pylorique.

Observation XXI

Forgue. — Communication au Congrès de chirurgie (22 octobre 1902). Observation publiée dans la *Revue de Chirurgie*, Paris (10 octobre 1903), n° 10, page 488 et suivantes. Forgue et Jeanbrau. — *Des plaies de l'estomac par armes à feu.*

H..., 19 ans, reçoit une balle de revolver du calibre de 7 millimètres, à bout portant, une *demi-heure* après le dernier repas. La balle a pénétré au-dessous et à gauche de l'ombilic. Au moment de la laparotomie qui a été pratiquée une heure et demie après la blessure, les symptômes sont les suivants : pas de shock, pouls à 120, petit, régulier. Abdomen tendu et faiblement ballonné : ventre en bois. Pas d'hémorragie par la plaie.

Laparotomie verticale, latérale, passant par la plaie d'entrée ; perforation de la paroi antérieure de l'estomac, à un travers de main au-dessous du cardia et à gauche de la petite courbure. Pas de matières ni de sang dans le ventre. L'estomac est distendu par des aliments et des gaz. Suture. On ouvre l'arrière-cavité en déchirant l'épiploon gastro-colique et on explore la pa-

roi postérieure de l'estomac sur laquelle on ne découvre ni perforation, ni ecchymose. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Sérum artificiel. Injections de 1/4 de centigramme de morphine, toutes les heures, dans l'après-midi.

Le *troisième jour*, hématémèse abondante suivie de collapsus profond, auquel succombe le blessé en quelques heures.

A l'autopsie, on ne trouve pas de traces de péritonite. La suture stomacale a bien tenu et les tissus voisins sont sains. Pas de lésions viscérales. On trouve la balle non déformée dans l'estomac qui contient un demi-litre de liquide noirâtre ; l'intestin grêle est rempli de sang.

La paroi postérieure de l'estomac présente une tache ecchymotique, large comme une pièce de 5 francs. Au centre de cette zone existe un ulcère nécrotique : la muqueuse avait disparu et la paroi était fortement amincie. Un fragment fut prélevé au niveau de cette zone pour l'examen histologique.

Dans les coupes colorées à l'hématoxyline-éosine, on voit que la muqueuse et la sous-muqueuse ont complètement disparu ainsi qu'une partie de la tunique musculaire ; aux confins de cet ulcère traumatique, on constate que la *muscularis mucosae* est rompue et recroquevillée et que les artères et les veines, dont les parois sont envahies par des leucocytes, présentent des lésions d'endo-périartérite et d'endo-périphlébite.

Il s'agit en somme de lésions analogues à celles de l'ulcère de l'estomac au début.

Observation XXII

FERTIG. *Münch. med. Wochenschr.*, 12 septembre 1905, et THIEM, *loc. cit.*

Un jeune homme de 28 ans, jusque-là admirablement bien portant, reçut le 27 mai 1905 un coup de pied de cheval dans la région épigastrique. La laparotomie pratiquée immédiatement montra l'intégrité absolue des viscères abdominaux.

Deux jours plus tard, le blessé fut pris d'hématémèses à répétition qui entraînèrent la mort *cinq jours* après l'intervention.

A l'autopsie, on trouva l'estomac rempli de caillots ; on constata l'existence de trois ulcérations gastriques siégeant le long de la petite courbure et situées sur une même ligne. L'une d'elles a une forme ovoïde et mesure 3 centimètres de long sur 1 centimètre et demi de large ; les bords en sont taillés à pic et il existe une perforation. L'artère coronaire stomachique est ulcérée. Il y a une seconde perforation au niveau de la grande courbure.

II. — Cas à évolution lente : 42.

1° Cas à évolution lente, terminés par la guérison : 9.

Observation XXIII

TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1865-1873, tome III, page 80.

Il s'agit d'une femme de 34 ans ; « à son dire, le mal dont elle se plaignait remontait à une époque déjà assez éloignée et avait été occasionné par un coup dans la région de l'estomac... Cette

malheureuse, arrivée au troisième mois de sa grossesse, fit une chute violente. Elle n'éprouva d'abord rien d'extraordinaire, mais le lendemain, elle fut prise de saignement de nez et quelques heures après, d'un vomissement de sang assez abondant qui avait été précédé d'un sentiment de malaise tout particulier du côté de l'estomac. Puis la malade se plaignit d'éprouver des douleurs d'estomac très violentes, douleurs térébrantes qu'elle spécifiait en disant qu'il lui semblait qu'on lui enfonçait un pieu dans l'estomac, et elle montrait la région xiphoïdienne. Ces douleurs, irradiant dans la région correspondante du dos, présentaient tous les caractères de celles que M. Cruveilhier assigne à l'ulcère simple... Tous les quatre ou cinq jours, quelquefois plus souvent, surviennent des vomissements abondants d'un liquide ressemblant à du marc de café ou à de la suie délayée dans de l'eau ». Sous l'influence du traitement, « les vomissements noirs ne reparurent plus, les douleurs cessèrent et l'appétit revint... ; lorsqu'elle quitta l'hôpital, la malade avait repris un notable embonpoint et se sentait en état de se remettre à ses travaux habituels ».

L'évolution a eu lieu en *un an* environ.

Observation XXIV

Ebstein. *Deuts. Arch. für klin. Med.*, 1895 et Thiem, *loc. cit.*

Un ouvrier, âgé de 26 ans, a été pris d'un vomissement de sang en soulevant un objet très lourd ; *pendant toute une année* il a présenté des vomissements alimentaires fréquents et de la constipation ; son état fut tel à un moment donné que, étant soldat, il dut rester alité pendant vingt-six semaines à l'hôpital.

Après un an, subitement, il eut une hématémèse dont la quantité fut évaluée à un litre environ; cet accident se renouvela, en moins grande abondance, trois jours après. Les selles étaient noires et le malade accusait de violentes douleurs dans le creux de l'estomac avec irradiations. Tous ces troubles cessèrent sous l'influence de la diète et du traitement médical. On posa le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Observation XXV

LEVIG. Stern, *loc. cit.*

Un douanier, âgé de 40 ans, a fait un an auparavant une chute dans laquelle la crosse de son fusil lui a traumatisé l'épigastre avec une telle violence qu'elle s'est brisée. Tout de suite après l'accident, et pendant huit jours seulement, le malade a souffert de douleurs gastriques réveillées par l'ingestion des aliments ; pas de vomissements.

Deux mois après, réapparition des douleurs avec perte de l'appétit. Les repas sont suivis de renvois acides et brûlants, de ballonnement du ventre et de vomissements qui surviennent après cinq ou six heures ; ces vomissements sont brun foncé et ont un goût amer. Six mois avant d'entrer à l'hôpital, le malade a eu une syncope à la suite d'un vomissement très abondant et noir comme du café. Depuis cette époque, il est resté au lit ; les douleurs se sont accrues, les vomissements se répètent de plus en plus souvent et contiennent toujours du sang.

Le malade est très aimaigri et pâle; la région pylorique et un point précis de la grande courbure sont le siège d'une sensibilité très vive. En outre, la palpation révèle la présence d'une résis-

tance tomenteuse qui va de la grande courbure au pylore. De temps à autre, le malade a des vomissements contenant de l'HCl libre et de l'acide lactique; l'estomac descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Après traitement (diète sévère, lavements nutritifs), l'état général s'améliore. Toutefois, deux mois après son entrée à l'hôpital, les vomissements ont encore l'aspect du marc de café et les matières fécales contiennent du sang. Après un séjour de deux mois et demi, le malade part non guéri.

La présence d'acide lactique avait fait penser au développement d'un carcinome ; mais le malade, revenu à la Clinique en 1898, pour une autre affection, dit qu'après avoir continué le traitement indiqué, il a resssenti une très grande amélioration. Il donne d'ailleurs l'impression d'un homme bien portant et n'accuse aucun trouble gastrique. La guérison fut obtenue en *quinze mois* environ.

Observation XXVI

Turlais. — Traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1900, page 32.
(Observation recueillie dans le service de M. le Professeur Monprofit, Hôtel-Dieu d'Angers).

Le nommé M... Henri, âgé de 56 ans, n'a jamais eu d'affection grave dans sa première enfance. A 16 ans, il reçoit dans la poitrine deux coups de pied de cheval, l'un, très marqué sous le sein gauche, l'autre, moins net un peu plus bas. Quelques semaines plus tard, il éprouve ses premières douleurs stomacales; elles surviennent tantôt pendant le repas, tantôt avant, tantôt après, siègent généralement sous le sein gauche, s'irra-

dient vers les parties latérales du thorax, vers les épaules et vers les reins; entre les paroxysmes douloureux, M... ressentait une sensation de pesanteur au creux épigastrique. Tout au début, il eut une hyperacidité caractérisée par des éructations de saveur aigre et du pyrosis survenant surtout une ou deux heures après les repas ; le malade avoue aussi des excès alcooliques.

Les douleurs qui, tout d'abord, revêtaient la forme d'un violent point de côté, se sont peu à peu transformées; le malade les compare à celles qu'aurait produite une broche introduite au niveau du creux épigastrique pour ressortir, en arrière, entre les deux omoplates; le pyrosis s'accentue comme la douleur.

De 25 à 35 ans, le malade a presque journellement des pituites abondantes, survenant vers trois heures de l'après-midi et jamais le matin. Jusqu'ici, les vomissement ont été rares et peu abondants.

Ils commencent à se manifester vers l'âge de 40 ans, puis ils augmentent rapidement au point de se répéter plusieurs fois par jour; à plusieurs reprises, il y eut du malæna.

Le 24 juillet 1896, immédiatement après son dîner, le malade vomit tout à coup un litre environ de liquide sanguin très rouge ; le 26 juillet, nouvelle hématémèse plus abondante que la première, survenant après le petit déjeuner du matin : sang très noir, marc de café. Le malade eut une syncope, il resta exsangue et très anémié. Le 27 septembre, troisième hématémèse; il maigrit de plus en plus.

Voyant son état général s'aggraver malgré le traitement médical, il se décide, à la fin de 1897, à consulter le Dr Monprofit qui lui proposa l'intervention chirurgicale. L'opération fut pratiquée le 10 janvier 1898 : gastro-entérostomie antérieure. Le malade, revu le 23 juillet 1900, n'éprouve plus aucune douleur ;

il a engraissé d'une façon notable, de 92 à 120 livres ; il travaille comme il faisait avant sa maladie.

Observation XXVII

TURLAIS, *loc. cit.*, page 57.

(Observation recueillie dans le service de M. le Pr Monprofit).

Mme T..., ménagère, âgée de 49 ans, se présente le 1er décembre 1898 à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel ne mérite d'être signalé. Il y a *deux ans*, elle reçut un choc au niveau du rebord inférieur des fausses côtes droites, et, depuis cette époque, elle éprouve au point contus situé dans la région pylorique une douleur continuelle qu'elle attribue au traumatisme. Depuis six mois, cette douleur qui était au début très peu intense, sourde et profonde, devient extrêmement vive. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade aurait eu une crise de colique hépatique ayant duré deux jours environ. Enfin, le 25 novembre 1898, elle tombe sur le ventre et une hématémèse assez abondante suit cette chute.

A son entrée à l'hôpital, cette femme présente les symptômes suivants : dès qu'elle a pris le moindre aliment, elle vomit ; ces vomissements, constants et abondants, surviennent une demi-heure ou une heure après l'ingestion des aliments. Un second symptôme se manifeste quelques jours plus tard ; la malade vomit du sang. Ces hématémèses, qui se présentent à toute heure de la journée, semblent cependant être réveillées par les aliments. Le sang vomi est tantôt noirâtre, en caillots, tantôt rutilant ; la quantité est variable et dépasse fréquemment 200 à

300 grammes. Ces vomissements sanguins se sont reproduits tous les jours, pendant douze jours.

Enfin, la malade accuse une douleur atroce, limitée au creux épigastrique et s'irradiant dans le dos ; elle est sans cesse courbée, cherchant les positions les plus favorables pour calmer la douleur.

Cet état qui a persisté malgré la diète absolue, les injections de sérum et les lavements nutritifs, a beaucoup affaibli la malade. Le diagnostic posé fut celui d'ulcère hémorragique de l'estomac, consécutif à un traumatisme de la région épigastrique.

Aucune amélioration ne se faisant sentir et l'état général devenant tout à fait alarmant, l'opération fut décidée pour le 24 décembre 1898 : gastro-entérostomie postérieure par le procédé de Von Hacker.

La douleur a complètement disparu et la malade mange d'un fort bon appétit ; les vomissements et les hématémèses sont subitement arrêtés et l'état général se relève de jour en jour.

A sa sortie, la malade travaillait toute la journée sans fatigue et sans éprouver le moindre trouble gastrique.

Observation XXVIII

Dumény. — Ulcère traumatique de l'estomac. *Thèse de Paris*, 15 janvier 1903, page 57.

(Ce malade a été l'objet d'un examen médico-légal pratiqué par MM. les Drs Thoinot, Vibert et Lédé.)

André S..., âgé de 31 ans, wattman au métropolitain, entre le 15 janvier 1901 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Professeur Le Dentu.

Ce malade, d'une constitution particulièrement robuste, n'a

jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde, durant son service militaire. Pas d'alcoolisme antérieur ; son appétit est généralement bon, ses digestions faciles, son estomac complaisant.

Le 11 octobre 1900, à 11 heures et demie du matin, *une heure* après son déjeuner, le train qu'il conduisait vint heurter le train précédent arrêté, à une vitesse de 25 à 30 kilomètres à l'heure. La boîte du régulateur électrique (corps assez lourd et à arêtes tranchantes) qui se trouvait devant lui, à sa gauche, se détacha sous la violence du choc et vint le frapper au creux de l'estomac.

S... se trouva projeté contre la cloison située derrière lui, pendant qu'il recevait le choc du régulateur en avant, subissant ainsi l'action de deux forces en sens contraire.

Après l'accident, il put aussitôt se dégager, mais il souffrait atrocement au niveau des fausses côtes, en avant ; il faillit perdre connaissance.

Le soir même, il entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Dr Campenon, où fut posé le diagnostic de contusion thoracique et d'entorse des articulations tibio et médio-tarsiennes gauches. L'appétit est normal, le blessé peut manger et les digestions restent faciles. Le 24 octobre, il est envoyé en convalescence à l'asile de Vincennes ; les douleurs persistaient, assez violentes, au creux de l'estomac. Deux ou trois jours après son arrivée à Vincennes, environ quinze à vingt jours après l'accident, S... commence à souffrir également dans le dos. Ces douleurs s'irradient vers la région lombaire et vers les omoplates ; le point maximum est dans le dos, à la hauteur de la région épigastrique. Elles sont presque continues, indépendantes des heures des repas.

Un nouveau phénomène apparaît alors qui frappe vivement l'attention du malade ; lorsqu'il boit du vin, il éprouve une douleur comparable à une brûlure. « Pur ou étendu d'eau, dit-il, le vin me produisait le même effet que si j'avais eu un morceau de fer rouge dans l'estomac » ; et cette douleur persistait pendant plusieurs minutes après l'ingurgitation du liquide. Le médecin de l'Asile prescrivit le régime lacté et le bicarbonate de soude. Déjà à cette époque, le malade éprouvait un dégoût assez marqué pour la viande et se contentait des seuls légumes de sa ration ; encore ne les mangeait-il qu'avec contrainte, ayant déjà l'appréhension des digestions qui étaient laborieuses et pénibles.

Cinq ou six jours environ après l'apparition de ces accidents, surviennent des vomissements alimentaires, se produisant une demi-heure environ après les repas ; les aliments vomis sont mélangés à une quantité assez considérable de mucus filant, épais et surtout très acide. Dès lors, le malade accuse des éructations acides, s'accompagnant de pseudo-vomissements et de régurgitations qui provoquent une sensation de brûlure le long de l'œsophage ; ce pyrosis très tenace n'a été atténué qu'en partie par le régime lacté prolongé.

Le 10 novembre, S... rentre chez lui, se soumet à un régime rigoureux ; en outre, le médecin de la compagnie qui le soigne lui prescrit du bicarbonate de soude, des bains sulfureux et un massage léger de la région épigastrique.

Le 7 janvier 1901, étant à jeun, tandis qu'il se massait très légèrement la région de l'estomac, il est pris d'une hématémèse et vomit un verre environ de sang noir en caillots, mélangé à un liquide très acide dont le passage provoque une sensation de brûlure à l'œsophage et au pharynx. Le soir du 13 janvier, au moment de se coucher, il est pris d'un malaise vague, s'endort

cependant, mais vers minuit, il est réveillé par les mêmes sensations de plénitude et de brûlure stomacales déjà éprouvées, et brusquement il rejette une grande quantité de caillots sanguins nageant dans un liquide noir ; le lendemain, S... constate que ses selles sont noires.

Le 15 janvier, il entre à Necker, et voici les symptômes qu'il présente à ce moment : toute la partie antérieure de la base du thorax et la région épigastrique sont très douloureuses à la palpation superficielle ; une percussion très légère indique un abaissement de la sonorité gastrique, on détermine facilement du clapotage, mais toutes les manœuvres sont très douloureuses.

On ne sent pas de tumeur au niveau de la région épigastrique.

Le malade, toujours au régime lacté, n'a pas eu de vomissements depuis quelques jours. Les douleurs au niveau du creux épigastrique et du rachis sont spontanées, souvent très fortes et s'irradient en ceinture. S... accuse nettement la sensation d'être embroché. L'ingestion des aliments augmente l'intensité des douleurs et provoque du pyrosis ; l'appétit est presque nul. Le blessé n'est cependant pas très amaigri ; il est pâle, et prétend que, depuis la dernière hématémèse, toutes ses forces l'ont abandonné. Poumons et cœur normaux. Urines normales. Exagération manifeste de la sensibilité cutanée et des réflexes rotuliens.

18 janvier. — A son réveil, S,.. a une hématémèse.

19 janvier. — Nouvelle hématémèse survenue également le matin.

5 février.— Le malade se plaint vivement de sa douleur dans le dos. Les hématémèses ont cessé.

19 février. — Palpitations cardiaques, sans lésion organique.

28 février. — Malgré le lait, l'opium et le bicarbonate de soude

le pyrosis redouble d'intensité ; les douleurs persistent. L'appétit est nul, l'amaigrissement progressif. Le blessé, découragé, est vivement préoccupé de son état et demande à retourner à l'asile de Vincennes où il espère recouvrer son appétit et ses forces.

Juillet 1902. — S..., rencontré par hasard, dix-huit mois après, n'est pas complètement rétabli et présente encore des symptômes d'ulcère gastrique : vomissements alimentaires, douleurs et pyrosis. En janvier 1902, il a eu une série d'hématémèses assez abondantes qui l'ont anémié et amaigri ; il est encore pâle et prétend avoir perdu plus de douze livres depuis son accident. Il se nourrit actuellement de lait et de quelques légumes et n'a pu encore reprendre son travail.

MM. les Drs Thoinot, Vibert et Lédé ont examiné S... à l'occasion d'une expertise médico-légale de la part de la Compagnie du Métropolitain et ont fait les constatations suivantes : « Nous examinons André S..., en juin 1902, c'est-à-dire près de deux ans après l'accident et nous le trouvons encore en pleine évolution d'ulcère stomacal.

La guérison devait cependant intervenir : à dater d'avril 1903, le blessé n'a plus eu de symptômes gastriques et en juillet 1903, c'est-à-dire plus de *deux ans et demi* après le traumatisme, nous l'avons trouvé véritablement guéri, ayant fortement engraissé et ayant retrouvé sa santé antérieure. »

Observation XXIX

Guillois. Des affections de l'estomac consécutives aux traumatismes par contusion. *Thèse de Paris*, 1905, page 73. (Observation recueillie à la maison de santé du Professeur Monprofit par le Dr Canonne.)

Sœur A..., âgée de 26 ans, souffre de l'estomac depuis plus d'*un an*. Elle attribue le début de sa maladie à un coup qu'elle

a reçu dans la région épigastrique. Elle est depuis une année soumise à un régime spécial, consistant surtout en lait, laitages et viandes blanches ; elle a eu quelques hématémèses. Elle vomit assez souvent ses aliments et souffre presque continuellement du creux épigastrique et dans le dos ; les douleurs sont exagérées par l'ingestion des aliments.

Sœur A... est une jeune fille anémique et de faible constitution.

Le diagnostic est celui d'ulcère de l'estomac. L'opération est pratiquée le 28 novembre 1903 : laparotomie sus et sous-ombilicale, gastro-entérostomie postérieure.

Suites opératoires : disparition des vomissements et des douleurs ; le poids reste stationnaire, l'alimentation est normale, la guérison paraît définitive. Les dernières nouvelles de l'opérée (1er mai 1904) sont excellentes.

Observation XXX

MENNE. *Nach Unfallakten*, 1906, et Thiem, *loc. cit.*

Le 10 octobre 1896, un cocher reçoit dans la région épigastrique un coup de pied de cheval ; il peut retourner à son domicile malgré les violentes douleurs qu'il éprouve.

Le 12 octobre, on constate une grande sensibilité de la région stomacale ; le malade a vomi des caillots sanguins de couleur noirâtre. Le traitement produit une amélioration telle qu'il peut reprendre son travail quelque temps après ; mais on assiste bientôt à une nouvelle réapparition des douleurs gastriques, surtout marquées après les repas. Le malade a en outre des vomissements alimentaires, contenant parfois du sang.

Au mois de février 1897, les douleurs gastriques persistent

encore ; en mai 1898, *un an et demi* environ après le traumatisme, tous les accidents ont disparu.

Observation XXXI (Inédite).

Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Thoinot. Rapport d'une autopsie pratiquée à la Morgue de Paris, après exhumation, le 12 août 1910.

Résultats de l'autopsie. — La conservation du cadavre est très suffisante. La figure est absolument reconnaissable et la putréfaction se marque surtout par les phénomènes suivants : teinte verdâtre surtout marquée à la poitrine, au tronc et à l'abdomen, détachement de l'épiderme déjà effectué ou facilement effectuable à la moindre pression sur toute la surface du cadavre ; il n'existe pas de ballonnement de l'abdomen ni du scrotum.

Le cadavre est d'une extrême maigreur, véritablement décharné ; il est évident, à priori, que le sieur M... a succombé à une maladie de longue durée, à une affection cachectique.

L'examen des viscères donne les résultats suivants :

Encéphale. — Aucune lésion traumatique du squelette ; aucune trace d'une lésion grossière, telle qu'une hémorragie qui serait encore nettement saisissable.

Plèvres et poumons. — Dans la plèvre droite, nous trouvons 150 grammes de transsudat.

La plèvre gauche est exempte de tout transsudat, mais ceci tient à la soudure presque totale du poumon avec la paroi thoracique.

Le poumon droit pèse 450 grammes ; il ne présente d'autres lésions pathologiques que celles de la stase hypostatique et

quelques tubercules discrets, caséeux ou crétacés, de petites dimensions, répartis dans les divers lobes du poumon.

Le poumon gauche pèse 990 grammes. Il est le siège de lésions tuberculeuses colossales. Nous avons dit ci-dessus qu'il était presque entièrement soudé à la paroi thoracique, et, en réalité, seules les parties inférieures peuvent être détachées sans qu'on soit obligé de sculpter véritablement le poumon. Sauf une très petite partie de la base, ce poumon présente un mélange de cavernes de dimensions variables et de noyaux caséeux de dimensions également variables ; les plus grosses cavernes siègent dans les parties supérieures. On peut dire que le poumon est dans son entier occupé par des lésions tuberculeuses confluentes, arrivées, soit à la période de caséification, soit à la période de fonte. Les ganglions bronchiques sont, à droite et à gauche, singulièrement augmentés de volume et présentent des lésions de caséification manifestes.

Péricarde et cœur. — Il existe à peine de transsudat dans le péricarde. Le cœur ne présente d'autres lésions que celles du ramollissement putréfactif porté à un assez haut degré. L'aorte thoracique est saine.

Il n'existe ni lésions du larynx, ni lésions de l'œsophage.

Estomac. — L'estomac est le siège de lésions des plus remarquables. Il est tout d'abord d'une petitesse extraordinaire ; on dirait un estomac d'enfant. Les dimensions de cet organe étalé sur la table, après incision faite sur la grande courbure, sont : 20 centimètres du cardia au pylore et 13 centimètres d'un bord à l'autre.

A la partie médiane de cet estomac étalé, c'est-à-dire répondant à la partie moyenne de la petite courbure, se présente une plaque cicatricielle des plus nettes, ne faisant d'ailleurs ni sail-

lie ni dépression, mais tranchant par sa couleur blanche nacrée et son aspect uniforme sur tout le reste de la muqueuse. Cette plaque cicatricielle représente une étoile à plusieurs branches irrégulières, à grand diamètre vertical de 6 centimètres et à diamètre transversal de 3 cm. 1/2. En dehors de cette plaque, on trouve la muqueuse plissée, et les plis forment autant de rayons divergents à partir de la cicatrice ; il semble bien qu'il y ait eu une traction exercée par la cicatrice attirant à elle la muqueuse avoisinante et la forçant à se plisser.

L'estomac est presque entièrement vide. La coloration des parties extracicatricielles tranche par la teinte noirâtre sur la couleur absolument nacrée, uniforme et blanche de la plaque cicatricielle.

Au cardia et au pylore il n'existe pas de lésions et, sur le reste de la muqueuse, on ne trouve aucune trace d'altérations anciennes cicatrisées.

Donc, une cicatrice unique, centrale, siégeant sur la petite courbure et ayant rétréci l'estomac de façon singulière : voilà la lésion capitale trouvée dans ce viscère.

Foie, reins et rate. — Ces organes ne présentent d'autres lésions appréciables que celles de la congestion et du ramollissement putréfactif.

L'*intestin grêle* et le *gros intestin*, la *vessie*, le *squelette* et les *articulations*, successivement examinés, se sont montrés normaux.

L'autopsie montre donc chez le sieur M... deux lésions capitales : *a*) une lésion en pleine évolution, la tuberculose pulmonaire, considérable au poumon gauche ; *b*) une cicatrice déjà ancienne de la muqueuse stomacale, ayant vraisemblablement son origine dans un ulcère siégeant à la petite courbure de ce viscère.

Analyse du dossier : A la date du 11 août 1908, M. B... interne à l'Hôtel-Dieu, rédige un certificat où il déclare avoir examiné M... le 8 août 1908, à onze heures du soir. Le blessé avait, dit-il, une hématémèse abondante, il accusait des douleurs épigastriques. A la palpation de l'épigastre, on réveillait la douleur et on constatait une réaction de défense de l'abdomen. Le blessé lui déclara avoir reçu, quelques instants auparavant, un traumatisme dans la région épigastrique. Le certificat prévoyait un repos de quinze jours, sauf complications.

A la date du 10 décembre 1908, le Dr B... rédigeait une note fort importante, car elle nous éclaire sur les circonstances de l'accident et ses suites immédiates. « M..., dit le Dr B..., a été blessé le 8 août 1908, à onze heures du soir. Cet ouvrier, âgé de 48 ans, lançait à deux camarades un madrier de 2 m. 50 de longueur, lorsque, cette poutre ayant rencontré un obstacle, il reçut au creux épigastrique un choc d'une très grande violence. Un peu étourdi sur le moment, il se remit au travail, mais, au bout de quelques instants, il eut des sueurs froides, des vertiges et un vomissement de sang rouge. Quelques moments après, seconde hématémèse. On le remonta alors du puits dans lequel il se trouvait ; il eut à ce moment une troisième hémorragie et s'évanouit. On le conduisit en voiture à l'Hôtel-Dieu, où il demeura quinze jours. Le diagnostic fait à l'hôpital fut : ulcère traumatique.

« Depuis, ajoute le Dr B..., M... n'a plus rendu de sang par la bouche. Il a eu à plusieurs reprises, au début de son séjour à l'hôpital, du melaena ; mais, à la date du 10 septembre 1908, les selles étaient normales. Le blessé gardait une très vive douleur au creux épigastrique, réveillée surtout par la palpation la plus légère. Il ne s'alimentait que très difficilement, avec des potages

et des bouillies; son amaigrissement était déjà considérable. »

A la date du 15 octobre 1908, le Dr D..., médecin de M..., indique que celui-ci vient de présenter du melaena.

A la date du 22 octobre 1908, nouvelle note du Dr B..., dans laquelle nous relevons les points suivants : l'état du malade est loin de s'améliorer et le diagnostic fait à l'hôpital a été : ulcération traumatique. Depuis la dernière visite du Dr B..., c'est-à-dire depuis le 10 septembre, l'amaigrissement a augmenté et M... est vraiment très affaibli. Il souffre violemment de la région stomacale, à droite de la ligne médiane. La douleur à la palpation est très aiguë ; elle s'accompagne d'une défense musculaire considérable et d'une impossibilité presque absolue de s'alimenter. Le Dr B... note que le blessé ne présente pas le teint jaune paille caractéristique du cancéreux. Il n'a pas de troubles gastriques nets, pas de renvois, pas de vomissements; on ne trouve pas de distension gastrique ni d'empâtement.

Le 31 octobre 1908, le Dr T..., membre de l'Académie de Médecine, intervenait à la demande de la Compagnie d'assurances et examinait le sieur M... en présence de son médecin le Dr D... Le Dr T... rappelle les commémoratifs de l'accident, tels que nous les connaissons déjà, et ajoute : « Actuellement, le malade est très amaigri et très affaibli. Il souffre de l'estomac, n'a presque plus d'appétit et s'alimente à peine. La palpation de la région épigastrique ne fait découvrir ni tumeur, ni empâtement. Elle provoque de la douleur et un mouvement de défense de la paroi abdominale. L'existence d'un ulcère de l'estomac ne paraît pas douteuse; le cancer de l'estomac doit être éliminé. S'agit-il d'un ulcère d'origine traumatique? On en a cité des exemples. S'agit il d'un ulcère simple d'origine spontanée? Le malade m'a affirmé qu'il n'avait jamais souffert de l'estomac avant l'accident

et qu'il a toujours été bien portant et vigoureux. Quoi qu'il en soit, l'état est grave. La guérison, si elle se produit, ne sera complète que dans plusieurs mois... »

A la date du 14 novembre 1908, un interne de l'Hôtel-Dieu, M. G..., rédigeait un certificat constatant que M... était actuellement soigné, salle Saint-Denis, pour une hématémèse abondante et répétée et que son état actuel nécessitait une immobilisation absolue.

A la date du 31 décembre 1908, note du Dr B... qui vient d'examiner le blessé. Nous lisons dans cette note l'intéressant renseignement que, le 12 novembre, M... a rendu abondamment le sang par la bouche. On fut obligé de le transporter d'urgence à l'Hôtel-Dieu où son état fut jugé désespéré pendant plusieurs jours. Il est rentré chez lui le 4 décembre, mais n'a pas encore quitté le lit. Il n'a pas eu de nouveaux accidents hémorragiques, mais son état est des plus sérieux. Il s'alimente surtout par l'intestin et ne prend par la bouche qu'un peu de lait. Il garde une douleur intense au niveau de l'hypocondre droit et de la région supra-ombilicale.

A la date du 20 février 1909, note du Dr B... qui constata cette fois un peu d'amélioration. Il n'y a eu ni hématémèse, ni melaena, ni vomissements alimentaires. Mais M... est toujours au régime lacté absolu; les phénomènes douloureux de l'estomac ne s'amendent guère et la moindre palpation est douloureuse. L'état général est encore précaire.

A la date du 3 mai 1909, note du Dr L... où nous lisons que le diagnostic d'ulcère traumatique de l'estomac a été nettement accepté par le Dr P... et le Dr T... dont il a été question plus haut, chirurgien et médecin consultants de la Compagnie d'assurances. A cette époque, le blessé n'est pas encore en état de

reprendre un travail quelconque ; il est cependant en voie d'amélioration. Les vomissements sanglants et alimentaires n'ont pas reparu, mais les fonctions de l'estomac restent toujours très imparfaites. L'alimentation normale, tentée à diverses reprises, n'a pu être rétablie. L'exploration de la région épigastrique reste toujours très douloureuse ; toutefois l'état général est meilleur et l'amaigrissement moins prononcé.

Enfin, à la date du 3 juillet 1909, c'est-à-dire onze mois environ après l'accident, note du Dr T... où nous lisons que M... présente encore tous les symptômes d'un ulcère gastrique. L'alimentation est très insuffisante et l'amaigrissement très marqué. M..., qui a eu depuis le 31 octobre 1908, date de la première visite du Dr T..., de fréquentes hématémèses, a une teinte anémique très prononcée et est absolument incapable de reprendre son travail. Le Dr T... revient encore sur cette importante notion que l'ulcération gastrique peut être attribuée au traumatisme du 8 août 1908.

A partir de ce moment, nous perdons absolument les traces de M... au point de vue pathologique.

Conclusions : Il est acquis que le 8 août 1908, M... a subi une contusion gastrique et que cette contusion a déterminé, de toute certitude, l'affection que l'on a appelée « ulcère traumatique de l'estomac ».

Qu'est devenu cliniquement cet ulcère depuis le mois de juillet 1909 ? Nous l'ignorons ; mais une chose est certaine : l'ulcère stomacal était guéri, cicatrisé, quand M... a succombé, le 30 juillet 1910, à la tuberculose pulmonaire si considérable, trouvée à l'autopsie.

Il n'y a certainement pas de rapport direct, immédiat, entre la mort et l'accident du 8 août 1908 ; mais il se pourrait qu'il

existât un rapport médiat, car l'atteinte portée à l'état général, la dénutrition causée par l'ulcère stomacal étaient de nature à favoriser l'implantation de la tuberculose.

2° Cas à évolution lente, terminés par la mort : 4.

Observation XXXII

Potain. *Bulletin de la société anatomique*, 1856, page 385 et Derouet, *loc. cit.*, page 18.

La nommée L... Marie-Rose, âgée de 60 ans, cuisinière, d'une assez forte constitution, était depuis son enfance d'une très bonne santé habituelle. Elle n'avait jamais connu dans sa famille personne qui fût atteint de maladies d'estomac ou d'affections cancéreuses.

Elle-même n'avait jamais éprouvé aucun trouble sérieux du côté des voies digestives, lorsque, il y a *huit ans*, elle reçut à la région épigastrique une contusion qui devait être le point de départ de tous les accidents qu'elle éprouva depuis. Tandis qu'elle aidait à charger sur une voiture un meuble fort pesant, ce meuble, échappant des mains de ceux qui le portaient, vint la heurter violemment au creux épigastrique. Elle ressentit au moment même une douleur des plus vives et une extrême faiblesse ; les jours suivants, elle ne cessa d'éprouver un malaise extrême, avec une pesanteur insupportable à la région épigastrique et un défaut complet d'appétit. Trois jours après seulement, elle eut une syncope subite et vomit une grande quantité de caillots noirâtres.

Depuis lors, elle n'a jamais cessé de vomir, chaque jour et après chaque repas, la plus grande quantité des aliments et des boissons qu'elle avait pris... Elle éprouvait à la région épigas-

trique une douleur persistante, tantôt plus, tantôt moins vive et qui avait le caractère d'une brûlure... Depuis sa première hématèmèse, elle n'a jamais vomi de sang et, huit jours seulement avant son entrée à l'hôpital, une matière noirâtre se trouva mélangée aux matières vomies. Depuis lors, les douleurs étant devenues plus vives, la malade vint demander des soins à l'hôpital de la Charité où elle entra le 14 juillet 1856. Je vis la malade le 15 juillet et je constatai chez elle les symptômes suivants : quoi qu'elle eût un peu maigri, à ce qu'elle assure, elle ne présentait cependant pas d'émaciation, ni surtout l'apparence cachectique.

.... La malade se tenait assise dans le lit, le corps courbé en avant, les traits contractés et se plaignait d'une vive souffrance à l'estomac et de nausées extrêmement pénibles. La douleur qu'elle accusait était une douleur brûlante, sans élancements, sans sensation de piqûre. La langue était humide et rose, l'appétit nul, la soif très vive. Elle vomissait encore de temps en temps et ses vomissements étaient mélangés d'une matière noirâtre ressemblant parfaitement à de la suie délayée. Le ventre était tellement douloureux qu'il était impossible de le palper, du moins dans la région épigastrique. La malade accusait aussi une douleur vive vers le bas de la région dorsale, mais son état de souffrance et d'anxiété ne permettait pas de constater exactement la situation et l'étendue de ce point douloureux.

Les jours suivants, sous l'influence de la glace, de l'eau de seltz, du sous-nitrate de bismuth et du régime lacté, les vomissements diminuèrent et l'état de la malade s'améliora un peu ; elle demeura même trois jours sans vomir, ce qui n'était jamais arrivé depuis huit ans.

Mais ensuite les accidents reprirent leur cours sans qu'on ait

pu savoir sous quelle influence, et la malade succomba le 22 juillet... La nature des douleurs, l'amélioration procurée à différentes reprises par le régime, et, par-dessus tout, l'absence de tout signe de cachexie cancéreuse me firent penser qu'il ne s'agissait que d'un ulcère simple de l'estomac, ayant peut-être pris son origine dans une lésion traumatique occasionnée par la contusion dont il a été question.

A l'*autopsie*, on trouva l'estomac divisé en deux parties égales et toutes deux globuleuses par un rétrécissement à sa partie moyenne et qui réduisait, dans ce point, sa circonférence à la moitié de ce qu'elle était dans sa partie la plus large ; ce rétrécissement ne se laissait jamais distendre par la traction... A la partie supérieure, on voyait, à travers la tunique péritonéale, une sorte de plaque blanchâtre placée à cheval sur la petite courbure, au voisinage du pylore. A la face interne on reconnut, dans un point correspondant à la plaque blanche qui vient d'être signalée et sur la paroi antérieure, une grande ulcération longue de 5 centimètres, large de 2, allongée transversalement, assez fortement déprimée. Son fond était mince, ses bords constitués par une sorte de bourrelet arrondi, un peu saillant, continu en arrière avec une cicatrice linéaire déprimée et bordée de chaque côté d'un bourrelet analogue au précédent. Le fond de l'ulcération était grisâtre et lisse, différant en cela de la muqueuse de l'estomac... La membrane muqueuse stomacale était à l'état normal dans tout le reste de l'organe et conservait toute sa consistance ; elle était fortement colorée, mais seulement dans le renflement pylorique, par une matière noire analogue à celle que la malade rendait dans ses vomissements.

En disséquant attentivement les différentes tuniques de l'estomac au voisinage de cette lésion, j'ai constaté la disposition

suivante : la muqueuse de l'estomac arrivait jusqu'au bord de la perte de substance ; là, elle adhérait intimement au tissu de ce bord, puis se continuait avec une sorte de membrane mince qu'on pouvait arracher du fond de l'ulcération. La tunique celluleuse, parfaitement distincte à une petite distance, s'épaississait, se condensait au niveau du bourrelet déjà signalé comme formant les bords de l'ulcération et de la cicatrice ; elle se confondait avec le tissu cellulo-fibreux, dense, résistant qui constituait le bourrelet.

Les fibres musculaires semblaient converger, en rayonnant, vers la cicatrice ; elles se serraient, s'épaississaient et s'hypertrophiaient visiblement en approchant des bords. Le plus grand nombre se perdait dans le tissu cellulo-fibreux du bourrelet ; quelques-unes seulement passaient au-dessous du fond de l'ulcération. La tunique péritonéale était demeurée saine. A l'une des extrêmités de l'ulcération, on apercevait un pinceau vasculaire assez volumineux, plongé dans l'épaisseur de la tunique musculaire, qui se dirigeait vers le bord et pénétrait dans le bourrelet dont il était entouré.

L'examen des autres organes n'a pas été fait.

Réflexions. — En somme, l'autopsie a permis de constater l'existence d'une solution de continuité intéressant, dans une assez grande étendue, les tuniques muqueuse et celluleuse, et la musculaire dans la plus grande partie de son épaisseur, solution de continuité en partie cicatrisée et ayant amené par la rétraction du tissu cicatriciel le rétrécissement du calibre de l'estomac. Or, les accidents éprouvés par la malade remontant sans interruption et sans modification aucune jusqu'à l'époque où elle reçut un coup violent à l'épigastre, il faudrait admettre (en supposant exacts les renseignements donnés par elle), que la lé-

sion dont ils dépendaient datait également de là. Il y aurait eu alors une déchirure de la muqueuse stomacale, puisqu'il survint une hémorragie abondante qui ne s'est pas renouvelée depuis, et cela au milieu de la plus parfaite santé. C'est cette déchirure qui, tardant longtemps à se cicatriser, peut-être à cause du contact continuel des aliments et du suc gastrique, aurait laissé à sa suite l'ulcération que nous avons vue.

Mais la plaie primitive était-elle aussi grande que le ferait supposer cette longue cicatrice et la rétraction qu'elle a subie ? Ou bien l'ulcération, primitivement petite, devenant serpigineuse s'était-elle étendue peu à peu, avançant d'un côté, tandis qu'elle se cicatrisait de l'autre. C'est ce qu'il paraît assez difficile de décider, quoique la dernière hypothèse semble la moins improbable en raison surtout de cette circonstance, que les accidents, loin de diminuer peu à peu, se sont au contraire progressivement accrus.

Observation XXXIII

CARRIÈRE. *Bulletin de la société anatomique de Paris*, 1863, page 121.

Une femme de 67 ans entre à l'hôpital de la Salpêtrière, dans le service du Professeur Vulpian, le 28 mars 1863.

Depuis le matin, elle vomit abondamment du sang en partie coagulé, en partie liquide. Ces hématémèses se répètent dans la journée, puis dans la nuit suivante ; la malade meurt à une heure du matin.

En examinant ses antécédents personnels, on apprit que la malade avait fait une chute *deux ans* auparavant et que, depuis

cette époque, elle se plaignait constamment de l'estomac. Elle n'avait jamais eu d'hématémèse ; toutefois, un jour ou deux avant d'entrer à l'hôpital, elle avait remarqué quelques crachats sanguinolents ; six mois auparavant, elle avait eu une attaque de paralysie.

Autopsie. — L'estomac contient une certaine quantité de sang coagulé et du sang liquide. La muqueuse est saine dans la plus grande partie de son étendue ; dans la moitié gauche de la paroi postérieure, on trouve un ulcère cicatrisé dont le fond est constitué par le pancréas. Sa forme est elliptique, presque circulaire ; son diamètre vertical a 4 centimètres et son diamètre transversal 3 cm. 1/2 de longueur ; sa profondeur est d'un centimètre dans sa partie supérieure, mais elle va en décroissant de haut en bas, de sorte qu'à la partie inférieure elle est à peine de 2 millimètres. Cet ulcère est limité par un bord taillé à pic dans les trois quarts supérieurs de sa circonférence et un peu obliquement coupé dans le quart inférieur. A l'extrémité gauche du diamètre transversal, se trouve une saillie formée par la convexité d'une des sinuosités de l'artère splénique.

Cette convexité s'est éraillée et on voit très bien l'ouverture par où s'est faite l'hémorragie ; cette ouverture est bouchée par un caillot fibrineux.

Observation XXXIV

MOTY. *Revue de chirurgie*, 1890, n° 11, page 878.

R..., cavalier de manège à Saumur, reçoit un coup de pied de cheval dans l'abdomen, à la region épigastrique ; il en résulte de violentes coliques pendant une nuit ; elles cèdent à l'opium et à l emploi de ventouses.

Alimentation lactée le deuxième jour. Vomissements rebelles, consécutifs à cette contusion.

Examen le 4 juillet 1878. — Depuis son accident, le malade a présenté des symptômes très nets d'ulcère stomacal : gastralgie après les repas avec sensation de brûlure à l'épigastre, rachialgie, vomissements rebelles, constipation, jamais de sang dans les selles ni dans les vomissements ; douleur constante à l'épaule droite.

Le malade est très amaigri ; il digère mal, rend la majeure partie de ses aliments sous forme de liquide et éprouve, peu de temps après, une faim très vive. L'abdomen est excavé et l'on sent très facilement battre l'aorte derrière l'ombilic. On perçoit également au niveau du cœcum et de la fosse iliaque gauche de petites masses de matières fécales dures, mobilisables à la pression des doigts. Le traitement médical réussit cette fois à calmer les douleurs et le malade sort le 20 septembre en assez bon état.

Notre confrère Yvert a bien voulu nous apprendre qu'il était mort *un an* plus tard à la suite d'accidents semblables.

L'autopsie n'a pas été faite.

Observation XXXV

Romano. — Observation n° XXIX du mémoire précité de Raneletti (Communication à la Société italienne de Chirurgie. XIVe Congrès, 1899).

Dans le port de Bari, un ingénieur fit une chute dans laquelle il se contusionna fortement la région épigastrique contre le banc d'une barque.

Sur le moment, il accusa au niveau de la région contuse une violente douleur qui disparut peu de jours après. A *plusieurs*

mois de là, se trouvant à Catane, il eut une crise gastrique douloureuse suivie d'une hématémèse si abondante qu'il en mourût.

L'auteur, d'accord avec Tommaselli, pense que cette hémorragie mortelle est due à la production d'un ulcère rond gastrique causé par le traumatisme.

3° Cas à évolution lente, suivis d'amélioration : 6

Observation XXXVI

Potain. Derouet, *loc. cit.*, page 25.

Un homme d'une trentaine d'années, qui s'était jusque-là absolument bien porté, n'ayant eu en particulier aucun trouble des fonctions digestives, fait une chute dans laquelle le creux épigastrique porte sur un corps dur. Il n'a point immédiatement de vomissement de sang ; mais, à partir de ce moment, il commence à éprouver des douleurs après ses repas qui sont suivis de vomissements alimentaires.

Un an après, ces accidents persistant, il vient me consulter et je constate chez lui les signes classiques de l'ulcère simple de l'estomac. Je le mets alors au régime lacté exclusif sous l'influence duquel les accidents s'amendent rapidement et ne tardent pas à disparaître entièrement.

Se trouvant bien et fatigué du régime lacté, il voulut alors reprendre l'alimentation habituelle. Au bout de peu de semaines, les malaises se reproduisent et les vomissements reviennent chaque soir. C'est vers cette époque, c'est-à-dire au mois de janvier 1874, qu'étant venu me consulter de nouveau, il eut en ma présence un vomissement considérable composé d'aliments, de matières noires et de sang en partie coagulé et en quantité

considérable. Ce malade se remit de nouveau par le régime lacté. J'ignore ce qu'il est devenu depuis.

Observation XXXVII

Rendu. Derouet, *loc. cit.*, p. 26.

Claude S..., de Montluçon, âgé de 40 ans, cultivateur, entre à l'hôpital Necker le 3 octobre 1874.

Cet homme fait remonter le début de son affection au commencement de l'année *1871*. Le 1er janvier, pendant la guerre, il était dans un wagon de soldats, lorsque le train dérailla entre Montluçon et Moulins ; les deux banquettes furent rapprochées et il eut la poitrine prise entre les planches.

Dès le lendemain, il eut une hématémèse abondante qui ne se reproduisit pas les jours suivants ; mais, trois semaines après l'accident, il commença à éprouver des douleurs stomacales et des tiraillements d'estomac après les repas. Il eut également quelques vomissements et dut, dès lors, renoncer à toute fatigue.

A partir de ce moment, il a été constamment sujet à la dyspepsie ; chaque fois qu'il a mangé, il souffre de l'estomac au moment même où il vient d'ingérer les aliments : c'est une sensation de pesanteur et de constriction plutôt que de brûlure. Presque toujours, il vomit des aliments mêlés de matières muqueuses. De temps en temps, il rejette du sang, rarement en très grande quantité ; il ne s'est jamais aperçu qu'il ait eu du melaena. Outre les douleurs d'estomac, il éprouve une douleur fixe, rachidienne, au point correspondant en arrière et, de temps à autre, il a de vrais accès de gastralgie très pénibles.

Actuellement, il offre un facies pâle, amaigri, un peu terreux ;

il n'a pas de fièvre, mais présente un degré notable d'anémie. Toutefois il existe peu de symptômes fonctionnels, pas de céphalalgie, ni de vertiges, ni de bourdonnements d'oreilles. Il se plaint d'une constipation assez opiniâtre.

A l'examen local, on ne constate pas de dilatation manifeste de l'estomac, ni de douleur provoquée à la pression. Dans l'intervalle des repas, le malade est absolument tranquille et souffre rarement ; dès qu'il vient de manger, surtout après le repas du soir, il éprouve des douleurs. Pas d'alcoolisme antérieur; jamais auparavant, le malade n'avait éprouvé le moindre trouble gastrique. Le diagnostic fut : ulcère de l'estomac d'origine traumatique. Régime lacté, vésicatoire sur l'épigastre.

7 octobre. — Accès de gastralgie très intense; vomissements. On administre deux pilules contenant chacune un centigramme d'extrait thébaïque et d'extrait de belladone. Amélioration sensible ; pas d'hématémèses ni de vomissements.

De temps à autre, le malade éprouve un accès de douleurs épigastriques ; au bout de six semaines, il reprend la nourriture commune. Toutefois il n'est pas guéri, car le 20 novembre il a une hématémèse assez forte.

Cet accident ne se reproduit pas et le 2 décembre, il sort de l'hôpital, non guéri, mais grandement amélioré.

Observation XXXVIII

Tapie. *Midi médical*, 3e année ; 22 avril 1894, n° 16, page 245.

Frédéric S..., âgé de 34 ans, commis ambulant des postes a subi un violent traumatisme le 12 février 1893, dans les circonstances suivantes. Après avoir *déjeuné*, à *onze heures* du matin, cet agent se rend à la gare et monte dans le wagon des postes

encore isolé sur la voie. La machine qui doit accrocher le wagon l'aborde avec une telle violence que S..., debout à l'une des extrémités, est projeté à l'extrémité opposée. La base du thorax à gauche et la région épigastrique viennent heurter l'arête d'un poêle et le corps de S..., repoussé, rebondit sur un casier qui contusionne violemment l'hypocondre droit. S... se remet assez vite de la commotion qu'il vient d'éprouver et entreprend le voyage de Toulouse à Limoges. Dès que le train fut en marche, les vomissements commencèrent, purement alimentaires, mais incessants pendant trois heures. A Saint-Yrieix, notre homme prend un bouillon qu'il vomit immédiatement.

Revenu à Toulouse vingt-quatre heures après l'accident, S... se mit au lit; il fut de suite visité par les Drs T..., P... et B..., médecins de la Compagnie. Le blessé présentait une légère teinte subictérique et une ecchymose de la région épigastrique; les douleurs assez vives de cette région s'exaspéraient dans la flexion du tronc en avant. Les vomissements étaient continuels, incoercibles; le troisième jour, on constatait une surdité presque complète de l'oreille droite; en même temps, quelques stries de sang étaient mêlées aux matières alimentaires vomies; il y eut aussi, ce même jour, une selle sanguinolente.

Après quinze jours, les vomissements n'avaient pas encore cessé un seul instant; les médecins ordonnèrent du champagne et de la glace dont les bons effets furent immédiats. L'état général du malade fut trouvé mauvais; il était pâle, jaune, amaigri, tourmenté par des douleurs continuelles dans la région épigastrique et par une toux incessante que rien n'expliquait. Pendant le mois de mars, le régime lacté fut institué ; les douleurs furent moins vives, mais les vomissements apparurent de temps en temps, mêlés de stries de sang.

En avril et en mai, rien ne change : vomissements à intervalles variables, souvent mêlés de stries de sang, toux, faiblesse. En juin, S... entre dans une phase nouvelle de sa maladie qui s'aggrave subitement trois mois et demi après l'accident ; le malade s'était un peu départi du régime lacté, quand, brusquement, des hématémèses abondantes apparurent. Dans le courant du mois de juin, le malade eut huit à dix vomissements semblables qui le rendirent exsangue, affaibli.

Je le vis pour la première fois le 25 juin et le trouvai méconnaissable (je l'avais connu exceptionnellement fort et robuste). Il pouvait à peine marcher. Par un examen attentif, je trouvai les dernières côtes déprimées (c'est en ce point qu'avait porté le choc). L'auscultation de la poitrine ne me permit pas de me rendre compte de la toux. Je conseillai le régime lacté et le bicarbonate de soude.

En juillet, le malade se rendit aux eaux d'Aulus qui parurent influencer très favorablement son état; le régime lacté ne fut plus suivi avec la même rigueur, l'appétit était excellent.

Le 11 septembre, S... reprit du service, mais le 2 octobre un abondant vomissement de sang pur, qui dura deux heures, réapparut brusquement. Le 15 octobre, une autre hématémèse très abondante se produisit en présence des médecins traitants. Le malade fut alors tellement affaibli qu'on fut obligé de le faire reporter chez lui en voiture. L'état général était mauvais; la perte de poids était de 12 kilogrammes. On institua à nouveau le régime lacté exclusif. Le malade dit s'être bien trouvé de cinq ou six applications de pointes de feu dans la région épigastrique.

En novembre et décembre 1893, les vomissements sanglants diminuent de nombre et S... reprend son service le 20 janvier

1894; huit jours ne s'étaient pas écoulés, qu'une nouvelle hématémèse survint.

La toux a beaucoup diminué, mais le malade se plaint de pyrosis; les digestions s'accompagnent encore de sensation de brûlure dans l'intérieur de l'estomac. La dernière hématémèse a eu lieu le 1er mars.

Observation XXXIX

STERN. *Loc. cit.*

Le 1er juin 1896, un aiguilleur tombe sur la roue du frein et se contusionne la région épigastrique ; il ressent aussitôt de violentes douleurs, mais peut néanmoins continuer son travail pendant trois jours.

Le 2 juin, il vomit plusieurs fois.

Le 6 juin, les vomissements contiennent une petite quantité de sang. Le blessé reste alité pendant quatorze jours, souffre de l'estomac, vomit et éprouve du dégoût pour la nourriture. Le médecin traitant corrobore les dires du malade; il l'a observé depuis le début du mois de juillet et a constaté de la perte de l'appétit, des vomissements répétés, des douleurs gastriques. En outre, le blessé accuse une sensation particulière ; quand il marche, il a l'impression de « laisser tomber » son estomac. La langue est chargée; un peu à gauche de la ligne médiane, l'épigastre est douloureux à la pression. La percussion ne permet pas de constater la dilatation de l'estomac, même après distension artificielle. Le liquide extrait après l'ingestion du repas d'épreuve contient de l'HCl libre : l'acidité totale est un peu diminuée. Le malade est déprimé et agité.

Après un séjour de quelques semaines à la campagne, pendant

lequel le blessé prend une alimentation spéciale, l'état général s'améliore ; toutefois, la pression et l'ingestion d'aliments solides continuent à provoquer des douleurs gastriques. Au début du mois d'août, l'acidité totale, après le repas d'épreuve, a un peu dépassé le taux normal ; le lavage à jeun ramène 30 centimètres cubes d'un liquide ayant la même acidité totale. Réaction au Congo positive.

La mobilité, la sensibilité et les réflexes sont normaux ; toutefois, le malade antérieurement calme est devenu très irritable.

Dans la suite, l'état général s'améliore, mais, en *février 1898*, les douleurs spontanées et provoquées n'ont pas encore complètement disparu. Quelque temps après, le malade quitte Breslau et on ignore ce qu'il est devenu.

Observation XL

ŒTTINGER. *Annales des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, février 1909, obs. n° 2.

R..., âgé de 38 ans, homme d'équipe, qui a toujours été bien portant, conduisait, le 30 août 1908, une rame de wagons. Dans un tamponnement, il est projeté sur la roue du frein qu'il tenait entre les mains. Il perdit connaissance pendant trois heures ; à son réveil, le blessé éprouve une vive douleur épigastrique avec propagation en arrière entre les omoplates.

Le lendemain de l'accident, il vomit une petite quantité de sang noir, mélangé à quelques débris alimentaires. Les douleurs, continues d'abord, changent peu à peu de physionomie, et, le 25 septembre, lorsque le malade se lève pour la première fois, elles ont perdu leur caractère de continuité ; elles apparaissent une demi-heure après l'ingestion des aliments et à quelques re-

prises, mais rarement — deux ou trois fois — elles sont suivies et calmées par des vomissements alimentaires.

Le blessé est examiné par M. le Dr OEttinger, pour la première fois, le 28 octobre 1908. Il ne constate rien d'anormal à l'apparence extérieure; la pression, même superficielle, à l'épigastre réveille une douleur extrêmement vive, à caractère angoissant; le pincement même des téguments est douloureux.

En arrière, la pression sur la colonne vertébrale est douloureuse au niveau de la douzième vertèbre dorsale.

Chimisme gastrique. — 1°) Le tubage à jeun ramène 90 centimètres cubes de liquide jaunâtre, contenant un peu de bile (la réaction de Gmelin est positive), très acide, ne renfermant aucun débris alimentaire.

Acidité totale.	4,60 °/₀₀
HCl.	4,06 —

2°) Repas d'épreuve. Volume total : 165 centimètres cubes.

Acidité totale	3,06 °/₀₀
HCl.	1,09 —
Tube de Mette	15-16 mm.

Les réactions au Congo et au réactif de Günzbourg sont positives. La recherche du sang dans les selles est franchement positive.

Sous l'influence du repos à peu près absolu, les douleurs se calment, puis disparaissent. Le malade suit strictement le régime lacté absolu, puis le régime lacto-farineux et est soumis, à des intervalles réguliers, à l'ingestion de sous-nitrate de bismuth. La recherche du sang dans les selles, faite à plusieurs reprises, cinq mois après l'accident, est toujours positive.

Observation XLI

ŒTTINGER. *Loc. cit.*, obs. n° 3.

Au mois d'*août 1907*, F..., âgé de 36 ans, cocher livreur, est projeté par terre et tombe, sur le bord d'un trottoir, au niveau de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche.

La douleur est très vive dans toute la région traumatisée ; il se produit même quelques hématuries constatées par un médecin.

Les douleurs, d'abord continues, deviennent intermittentes après quelques semaines ; elles surviennent à jeun, vers dix heures du matin, et le soir, vers six heures. Il n'y a jamais eu de vomissements alimentaires *ni de vomissements de sang*.

A l'examen, on constate un léger clapotage gastrique. En outre, toute la région traumatisée est le siège d'une vive douleur qui se continue jusqu'au voisinage de la colonne lombaire. Cette douleur n'est pas seulement décelée par une pression profonde, mais elle est également superficielle, car le pincement des téguments provoque une véritable sensation douloureuse. M. le Dr ŒTtinger a l'impression qu'il s'agit là d'une douleur probablement d'ordre psychique. Néanmoins, la coexistence de douleurs gastriques l'engage à examiner plus complètement le malade.

Le tubage à jeun ramène 120 centimètres cubes de liquide mal émulsionné. Les réactions au Congo et au réactif de Günzbourg sont positives.

Acidité totale	3,50 °/₀₀
HCl	2,70 °/₀₀
Tube de Mette	21-22 mm.

L'examen des selles en ce qui concerne la présence d'hémorragies occultes est franchement positif.

Sous l'influence du repos et du régime lacté, l'état du malade s'améliore. La situation ayant été réglée devant le Président du tribunal civil en conciliation, les douleurs disparaissent peu à peu, mais les troubles gastriques sont plus lents à disparaître et persistent encore, légers il est vrai, en *janvier 1909*. De fait, ajoute M. le Dr Œttinger, il s'agit d'un malade assez complexe, qui a eu une contusion du rein, un ulcère gastrique et qui a présenté des troubles nerveux dus à l'autosuggestion.

4° Cas à évolution lente, avec issue incertaine : 16.

Observation XLII

WITTNEBEN. Ulcus ventriculi traumaticum, *Hannover med. Zeitung*, 1888.

Un homme de 42 ans, jardinier, reçut, il y a *deux ans* environ, un coup de pied violent dans la région épigastrique, au cours d'une rixe.

Dès le lendemain, il eut un abondant vomissement de sang qui se renouvela pendant les jours suivants; mais ces hématémèses furent passagères ; elles se continuèrent pendant quelques jours encore pour cesser graduellement et disparaître tout à fait. Il y eut ainsi une *interruption de un mois*, au bout duquel les vomissements se montrèrent de nouveau constitués par du sang noir ayant l'aspect de marc de café, sang qui était mêlé aux aliments. En même temps, survinrent les douleurs caractéristiques au point xiphoïdien et au point dorsal, ce dernier occupant, en

hauteur, presque toutes les portions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale.

Enfin, il ne tarda pas à se produire une émaciation d'autant plus considérable que le malade ne pouvait pas supporter d'autres aliments que le lait. Malgré le régime lacté, les phénomènes douloureux et les troubles dyspeptiques persistèrent.

Observation XLIII

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1889. Tome LX, page 243.

Une femme d'une très bonne santé habituelle, sans aucun antécédent héréditaire, est entrée dans le service du Professeur Potain pour des accidents qui sont survenus dans les circonstances suivantes : elle fit, il y a *deux ans*, une chute sur le dos dans laquelle le rachis fut violemment contusionné au niveau des dernières vertèbres dorsales. Elle fut reportée chez elle sans connaissance et, lorsqu'elle se réveilla, vomit du sang en assez grande abondance. Ces vomissements sanglants se reproduisirent le lendemain et, peu à peu, sa santé se remit. Elle conserva cependant une douleur épigastrique, s'exagérant par l'ingestion des aliments acides. Enfin, après un intervalle assez long, la dyspepsie s'accentua et les vomissements de sang se reproduisirent. C'est dans ces conditions qu'elle est entrée à l'hôpital avec une grande sensibilité au niveau du creux épigastrique et des dernières vertèbres dorsales, une certaine faiblesse générale, des vertiges et de l'insomnie.

Observation XLIV

Ferrannini. *Trattato italiano di medicina di Cantani e Maragliano* (1889). Cap : ulcera dello stomaco. — Raneletti, *loc. cit.*, obs. XXXIII.

Cet auteur rapporte que, *huit ans* auparavant, un vieillard de 71 ans fut heurté au niveau de la région épigastrique par une bicyclette, avec une telle violence qu'il fut renversé.

Pendant trois mois consécutifs, Ferrannini l'observa assidûment ; il ne constata aucun trouble de la fonction gastrique, ni hyperchlorhydrie, ni hypochlorhydrie, ni troubles de la motilité.

Cependant, depuis huit ans, le blessé a des crises gastralgiques, accompagnées de vomissements et de graves et fréquentes gastrorragies. Le diagnostic d'ulcère rond chronique consécutif au traumatisme fut posé.

Observation XLV

Rendu. *Annales de médecine*, 1893, n° 38.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, domestique, un peu maigre, mais paraissant jouir d'une bonne santé ; à l'exception d'une fièvre typhoïde survenue il y a cinq ou six ans et dont elle paraît avoir été très bien guérie, elle n'a jamais été malade.

Le début des accidents dont se plaint cette femme remonte à près d'*un an;* au mois d'août, elle fit une chute dans l'escalier et la région épigastrique vint butter violemment contre le rebord d'une marche. Sur le moment, survint une douleur très vive,

avec tendance à la suffocation, qui se calma au bout de quelques instants.

Ce n'est que quarante-huit heures après l'accident qu'eut lieu le premier vomissement de sang, d'abord rouge vif, puis prenant peu à peu la couleur du marc de café. En même temps s'établissait chez elle un certain degré d'intolérance gastrique, caractérisée par des vomissements généralement alimentaires, rarement bilieux. Elle resta en cet état pendant six mois, maigrissant et souffrant de l'estomac. Au bout de ce temps, sous l'influence d'un traitement approprié, il se produisit une amélioration considérable, mais la malade ne put jamais supporter le régime alimentaire de tout le monde.

Le 25 mai dernier, après un repas un peu plus copieux que d'habitude, elle fut prise d'une nouvelle hématémèse; trois jours après, elle entrait à l'hôpital. Nous nous trouvons actuellement en présence d'une femme ayant une dyspepsie douloureuse ; la sensibilité gastrique se manifeste immédiatement après l'ingestion des aliments, s'exagère pendant les deux ou trois heures que dure le travail digestif et retentit en deux points très distincts, l'un au voisinage de l'appendice xiphoïde, l'autre à la région lombo-dorsale. Vous reconnaissez aisément dans ce tableau les douleurs typiques des gastrites ulcéreuses ou tout au moins des gastrites consécutives à l'ulcère stomacal.

En plus des phénomènes douloureux, la malade présente des troubles dyspeptiques : renvois aigres, régurgitations acides, vomissement après l'ingestion d'aliments solides. A l'examen de l'abdomen, nous trouvons un estomac dilaté de façon très sensible ; la sonorité gastrique est perçue jusqu'au-dessous de l'ombilic ; le clapotement est aisément obtenu, par succussion, au delà des limites physiologiques, après que l'on a fait boire

la malade; enfin, les vomissements sont beaucoup plus copieux que les repas précédents, ce qui est un des meilleurs signes de dilatation stomacale.

La lésion se trouve vraisemblablement au voisinage du pylore et de la petite courbure ; la dilatation de l'estomac est une preuve de cette localisation, car elle est très probablement consécutive à la rétraction cicatricielle du pylore et des tissus environnants.

Observation XLVI

RENDU. *Loc. cit.*

Il s'agit d'une femme âgée de 31 ans, teinturière, entrée le 19 juin dernier à l'hôpital ; elle fait remonter le début de son affection à *deux ans* : au cours d'une rixe, elle reçut un coup de pied très violent dans la région épigastrique. A la suite du choc, elle ressentit une très vive douleur au point frappé, accompagnée de sensation d'étouffement. Pendant quelques jours, son état fut assez sérieux, caractérisé par de l'hyperesthésie, de l'intolérance gastrique, des symptômes rappelant le péritonisme, mais sans vomissements. Ces accidents se calmèrent peu à peu.

Deux mois après, survinrent des vomissements qui se mélangèrent rapidement de sang ; une hématémèse assez abondante dura sept à huit jours.

Les antécédents ne permettent pas de soupçonner une autre étiologie que le traumatisme.

Actuellement, nous relevons chez cette femme des symptômes de gastrite douloureuse : anorexie à peu près complète, dégoût de la nourriture presque absolu ; les digestions sont lentes et accompagnées d'une douleur aiguë qui persiste pendant deux

heures ; cette douleur exagérée par la pression présente une irradiation xiphoïdienne et lombo-dorsale. Il existe en outre des vomissements abondants bilieux et glaireux et une dilatation très marquée de l'estomac ; le lavage ramène, à jeun, des aliments non transformés. Pendant ses digestions, la malade est souvent sujette à des palpitations qui se traduisent à l'auscultation par un rythme particulier du cœur, affectant les allures du bruit de galop. La malade a perdu 12 à 15 kilogrammes depuis deux ans.

Observation XLVII

Rendu. *Loc. cit.*

Il s'agit d'une femme, âgée de 36 ans, qui est entrée à l'hôpital le 12 juin dernier. Cette femme ressent, depuis le commencement du mois de juin, des douleurs gastriques sourdes, mais supportables. Le 11 juin au soir, elle fut prise d'une douleur violente avec éructations et vomissements bilieux et alimentaires d'odeur fétide ; pas d'hématémèse. La sensibilité est obtuse à la pression ; il existe bien un point rachidien, mais beaucoup moins marqué que chez les deux malades précédents.

L'intérêt est ici rétrospectif. En effet, en allant au lavoir, il y a *trois ans*, cette femme tomba sur le bord d'un seau qui l'atteignit à la région épigastrique. La douleur fut très vive, avec arrêt momentané de la respiration ; c'est le surlendemain seulement qu'elle fut prise d'un vomissement de sang considérable.

Elle fut soignée par le Dr Rigal, pendant six mois, et mise au régime lacté ; au bout de ce temps, elle put être considérée comme guérie, mais il lui fut impossible de boire du vin et elle

eut, de temps en temps, des rechutes de quelques jours comme celle qui l'a amenée dans notre service.

Observation XLVIII

P. Muller. *Inaug. Dissert.* Leipzig, 1894 et Thiem, *loc. cit.*

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui, à l'exception d'une bronchite chronique, n'avait jamais été malade ; il possédait un fort appétit et n'avait aucune habitude d'intempérance.

En mars 1889, il fit une chute d'une hauteur de trois mètres dans un escalier; la région épigastrique vint heurter violemment contre le bord d'une marche. Il fut trouvé sans connaissance, avec des traces de sang frais dans la barbe et sur le sol, près de lui. Quand il reprit connaissance, il se plaignit de douleurs épigastriques violentes. Il resta au lit, soumis à un régime sévère et put, *quatre semaines* après l'accident, reprendre un travail facile.

Depuis ce temps, et pendant *cinq ans*, les vomissements de sang se répètent tous les deux mois; la quantité vomie est toujours de la valeur d'une tasse environ.

Il entre à l'hôpital, cinq ans après l'accident. La langue est un peu chargée; le creux épigastrique est le siège d'une douleur spontanée, exagérée par la pression. On ne constate ni dilatation, ni aucune tumeur de l'estomac. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade a eu deux hématémèses précédées de nausées, d'agitation et de sensation de plénitude stomacale. L'état général est mauvais. Encore maintenant, le malade présente, tous les deux mois environ, des vomissements annoncés par un mauvais appétit, des nausées et un goût amer; il est soulagé après avoir vomi.

Il évite, inquiet, les mouvements violents du corps, mange seulement du lait, de la viande crue, de la soupe et une petite quantité de pain.

Thiem nous apprend que ce malade, qui a été considéré à deux reprises différentes comme un simulateur, a définitivement touché une rente de 50 %.

Observation XLIX

P. Muller. *Inaug. Dissert.* Leipzig, 1894 et Thiem, *loc. cit.*

Il s'agit d'un homme de 25 ans, qui, dans une chute, se traumatisa la région épigastrique ; il ressentit immédiatement de violentes douleurs et le lendemain, il eut des vomissements alimentaires et des vomissements de sang.

Quatorze jours après l'accident, nouvelle hématémèse. En *novembre 1892*, le malade, qui est obligé de choisir sa nourriture, éprouve encore de temps à autre des douleurs gastriques. Au mois de mars 1893, il n'existe aucune amélioration ; on constate en outre de la dilatation stomacale et une légère atrophie musculaire. Le 20 juillet 1893, l'estomac est toujours le siège de douleurs qui sont exagérées par la palpation.

En *janvier 1894*, même état gastrique ; le malade souffre en outre d'une bronchite.

Observation L

Gilles de la Tourette. *Société médicale des hôpitaux*, 8 juin 1894, page 396.

Homme de 41 ans, distillateur ; habitudes alcooliques invétérées.

En *1884*, a fait un violent effort pour soulever une pièce de

bois très lourde ; a senti immédiatement une douleur très vive au creux de l'estomac et a perdu connaissance. Dans la nuit, hématémèse abondante et melaena. Depuis, douleurs épigastriques et dorsales très vives, vomissements alimentaires non constants ; cinq hématémèses en *dix ans*.

Diagnostic : ulcération traumatique de l'estomac chez un alcoolique et ulcère consécutif.

Observation LI

GILLES DE LA TOURETTE. *Loc. cit.*, page 397.

Homme de 35 ans, mécanicien de la marine, est resté treize ans aux colonies ; a eu quelques accès de fièvre palustre, a encore la rate un peu grosse. Deux jours de dysenterie, pas de syphilis. Avoue quelques excès alcooliques ; léger état dyspeptique avant 1891. En *janvier 1891*, lors de l'explosion d'une machine à vapeur, il est projeté violemment contre la paroi de la chambre de chauffe et est fortement comprimé, au niveau de la région épigastrique, par une plaque d'acier.

Immédiatement, le sang est venu à la bouche et a été rejeté par vomissement. Perte de la connaissance. Le lendemain, nouvelle hématémèse. Est resté trois mois à l'hôpital de Saïgon. Depuis cette époque, douleur épigastrique et dorsale en broche ; sensibilité épigastrique profonde, non cutanée ; vomit tous les aliments, garde le lait en partie. Hématémèses abondantes en *janvier* et *mars 1894*.

Observation LII

Richardière. *Union médicale*. Paris, 1895 ; page 183.

J..., 38 ans, palefrenier, entre dans mon service avec les symptômes classiques d'ulcère de l'estomac. Il se plaint de violentes douleurs avec retentissement dans le dos; l'ingestion des aliments ramène ces douleurs quand elles ont cessé momentanément et les exaspère quand elles existent encore. La palpation de la région est extrêmement douloureuse; le malade a de fréquents vomissements alimentaires qui sont suivis d'accalmie dans les souffrances. Il a eu, à différentes reprises, des hématémèses dont quelques-unes ont eu lieu sous nos yeux. J... présente des signes d'alcoolisme (tremblement des mains, rêves terrifiants). Il avoue d'ailleurs des excès alcooliques. J... fait remonter à *huit mois* le début de ses accidents qui se sont montrés à la suite d'une contusion de la région épigastrique.

Jusqu'à cette époque, il n'avait pas souffert de l'estomac ; malgré des tares alcooliques avouées, les digestions étaient normales, il n'y avait pas de douleurs, pas de vomissements, pas de pituites matutinales. Le début a été très significatif. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a fait une chute, tandis qu'il portait sur ses épaules un sac du poids de 75 kilos; dans la chute, la poitrine a porté sur une marche d'escalier et le creux épigastrique a été contusionné par l'angle de la marche. J... affirme avoir eu, à la suite, une large ecchymose de la région sous-sternale. Immédiatement après, il a eu des vomissements de sang qui se sont produits pendant une semaine, survenant presque toujours après les repas. Trois jours après le trauma-

tisme, il a commencé à éprouver de violentes douleurs dans l'estomac ; les douleurs présentaient déjà cette particularité d'être provoquées par l'ingestion d'aliments et calmées par les vomissements. J..., néanmoins, continua son travail pendant quelques jours, mais il a été bientôt forcé d'interrompre et d'entrer à l'hôpital Tenon où il a été soigné dans le service du Dr Netter. Il en est sorti amélioré, mais les symptômes dyspeptiques n'ont pas tardé à reparaître et à nécessiter son entrée à l'hôpital Hérold.

Sous l'influence de la diète lactée et de la médication alcaline intensive, l'état de J... s'étant notablement amélioré, nous avons cru pouvoir procéder à l'examen de son suc gastrique ; malheureusement, cet examen n'a pas été possible, car l'introduction de la sonde gastrique a immédiatement provoqué des nausées et une hématémèse abondante.

Observation LIII

STERN. *Loc. cit.*

Le *28 février 1894*, un aiguilleur, âgé de 36 ans, reçoit dans l'épigastre un coup de tampon de wagon ; il peut faire encore quelques pas, mais on doit le transporter à son domicile parce qu'il souffre de violentes douleurs. Le blessé dit que, tout de suite après l'accident, il a « craché » du sang.

Depuis cette époque, il se plaint de douleurs gastriques et de nausées ; il mange peu et maigrit.

En décembre 1894, un certificat du médecin traitant indique qu'il a complètement perdu l'appétit et qu'il a de fréquents ren-

vois ; en outre, la langue est chargée, l'haleine très fétide et il s'est produit une nouvelle hématémèse.

Au mois de février 1895, Stern examine le malade : il est pâle, amaigri ; les muscles sont atrophiés ; la langue est chargéé et l'haleine fétide. Les battements du cœur sont rapides. La pression exercée au niveau des côtes du côté gauche réveille une violente douleur. La sensibilité est diminuée sur la moitié gauche du corps, sauf à la figure ; cette diminution est surtout marquée au thorax et à l'abdomen. On perçoit très nettement les pulsations de l'aorte abdominale. Les réflexes patellaires sont augmentés ; il existe du clonus du pied. Le malade donne une impression de souffrance et d'agitation.

Examen de l'estomac. — Le liquide extrait une heure après le repas d'épreuve d'Ewald contient de l'HCl libre. Il n'y a pas d'acide lactique ; le taux de l'acidité totale est voisin du taux normal. Après la distension artificielle de l'estomac par l'acide carbonique, la limite inférieure de l'organe passe à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; cette intervention provoque immédiatement de violentes douleurs et un vomissement qui contient des traces de sang frais. Le traitement (repos au lit, opium, etc...) fait disparaître les douleurs.

En juin 1895, bien que l'état général se soit un peu amélioré, le malade est toujours pâle et amaigri ; la pression exercée au niveau de l'épigastre est encore douloureuse.

En 1896, bon état général. L'ingestion d'une nourriture peu abondante, composée exclusivement d'aliments liquides ou de consistance molle, ne détermine aucun trouble gastrique. Tout écart de régime provoque la réapparition des douleurs. L'analyse du repas d'épreuve montre la présence d'HCl libre et une légère augmentation de l'acidité totale. La pression exercée sur

la région épigastrique est encore douloureuse ; l'appétit est petit, en somme, et la sensibilité cutanée de la moitié gauche du thorax et de l'abdomen est toujours diminuée.

En *août 1897*, l'aspect extérieur semble meilleur, mais l'état général est le même.

Stern ajoute que les troubles nerveux accusés par le blessé sont sans doute des phénomènes autosuggestifs.

Peut-être pourrait-on croire que les signes gastriques sont, eux aussi, de nature nerveuse? Mais l'apparition d'un vomissement contenant du sang après la distension artificielle de l'estomac prouve qu'il existe une ulcération intéressant la muqueuse de l'organe.

Observation LIV

Menne. *Nach Unfallakten*, 1906 et Thiem, *loc. cit.*

Le *7 juillet 1899*, un serrurier, âgé de 24 ans, antérieurement bien portant, reçut un choc dans la région de l'estomac, en voulant changer de place un morceau de fer de 300 kilogrammes.

Les douleurs, apparues aussitôt après l'accident, ont cessé rapidement, si bien que le blessé a pu reprendre son travail le lendemain matin. Mais, lorsqu'il voulut soulever à nouveau un objet assez pesant, il éprouva une sensation de déchirure au niveau de la région qui, la veille, avait subi le choc. Il se sentit mal et, une heure et demie après, il eut un vomissement de sang qui se répéta plusieurs fois dans la journée. Les médecins traitants ont constaté une grande sensibilité gastrique.

Le traitement produisit une amélioration sensible ; mais, du

6 février au 17 mai 1900, le malade a de nouvelles hématémèses qui l'obligent à entrer à l'hôpital.

Le 11 juillet 1900, en voulant soulever un sac, le blessé vomit une grande quantité de sang.

Le 1er octobre 1900 et le 2 mars 1903, le même accident se reproduit.

Vers le milieu du mois de juin 1903, le malade sort de l'hôpital, touche une petite rente et peut faire des travaux légers.

Le 21 juin 1903, il a une syncope grave, les selles sont noires.

Il est alors examiné dans une clinique spéciale des maladies de l'estomac, où l'on constate de l'insuffisance gastrique et une hyperchlorhydrie très marquée.

Observation LV

LAVELLE. *Loc. cit.*, page 26.

Laurent L.., âgé de 46 ans, arrimeur de poteaux de mine aux Docks de Bordeaux, entre le 28 mars 1908 à l'hôpital Saint-André. Nous ne relevons rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires de ce malade; lui-même n'a fait aucune maladie ni dans son enfance, ni dans son adolescence. Il n'est pas fumeur et n'a pas d'habitudes alcooliques ; il a un régime alimentaire régulier, un bon appétit et des digestions faciles. En somme, homme ayant joui d'une santé excellente jusqu'en 1899.

Au mois de *juillet 1899, après déjeuner*, comme à l'ordinaire, il travaille aux Docks, quand, à la suite d'un effort violent pour soulever une poutre lourde de 85 kilogrammes environ, il ressent dans la région épigastrique une vive douleur qu'il compare à celle d'une profonde piqûre d'aiguille. Il localise cette douleur

dans le septième espace intercostal gauche, à un demi-centimètre au-dessus du rebord costal, sur la ligne mamelonnaire.

C'est à partir de ce moment précis que le blessé, ignorant jusqu'alors ce qu'était « le mal d'estomac », souffre de cet organe. La douleur du premier jour, d'abord punctiforme, se diffuse bientôt pour se généraliser à tout l'estomac. Une semaine s'est à peine écoulée que le malade éprouve déjà des sensations de brûlure qui deviennent plus vives de jour en jour. L'état général ne tarde pas à subir le contre-coup de cet état pathologique de l'estomac; insensiblement, l'appétit s'en va, sans dégoût pour la viande; de l'avis de ses proches, le blessé maigrit, son teint pâlit. Sans cesse, il éprouve un malaise, une insupportable pesanteur à la région épigastrique. Une heure environ après avoir mangé, il a de petits vomissements alimentaires, glaireux, un peu acides. Bien que ses forces chaque jour l'abandonnent, il lutte contre le mal et ne cesse pas de travailler.

Un mois après ce que nous sommes en droit d'appeler son accident, au mois d'août par conséquent, ayant pris un bol de bouillon au repas de midi, il se met au travail. Vers deux heures de l'après-midi, subitement, il a une forte crampe gastrique et une syncope de courte durée ; il quitte son travail et se couche. Sans cause directe connue, le soir de ce même jour, il a une abondante hématémèse d'un sang noirâtre. Le médecin appelé prescrit le régime lacté exclusif, des opiacés et ordonne le repos au lit le plus absolu. Après sept mois de ce traitement, le malade a repris des couleurs et a récupéré ses forces. Il se croit tellement bien guéri qu'il cesse tout régime et reprend son métier d'arrimeur.

Pendant quelque temps, l'appétit reste assez bon, ainsi que l'état général. Ce n'est que vers la fin de 1901 que les anciennes

douleurs gastriques réapparaissent, mais elles évoluent quelque temps à bas bruit; elles sont supportables, fugaces, se montrant un jour pour disparaître le lendemain. Petit à petit, les digestions deviennent de moins en moins faciles. Au commencement de 1902, le malade éprouve de vives sensations de chaleur à l'épigastre; il a souvent des renvois acides, glaireux, surtout après ses repas.

Les crises gastriques deviennent de plus en plus rapprochées; à la suite des repas, le malade souffre de nouveau des mêmes sensations de brûlure au fer chaud à l'épigastre. Il a des hoquets, de nausées, des vomissements. Outre ces vomissements, il se produit chez lui des alternatives de diarrhée et de constipation; il maigrit progressivement. Les phénomènes morbides vont s'aggravant de jour en jour; les vomissements sont presque quotidiens, sans la moindre trace de caillots. Depuis quelques mois, la sensation de brûlure s'accentue davantage; en outre, le malade éprouve une douleur extrêmement vive, surtout après les repas, à l'épigastre, au niveau de l'appendice xiphoïde et dans le dos, en un point correspondant à la pointe du sternum, à gauche de la colonne vertébrale. Dans ces derniers temps, la diarrhée n'a cessé d'être persistante, sans jamais de melaena.

Subitement, il y a deux jours, le 26 mars, l'après-midi, étant au travail, le blessé a une hématémèse très abondante d'un sang noirâtre, mêlé aux aliments. Obligé d'abandonner son travail, il entre à l'hôpital Saint-André. Voici dans quel état nous l'avons trouvé le 28 mars 1903. Il est très amaigri (il nous dit avoir perdu 7 kilogrammes depuis un an) et présente une pâleur générale des téguments, sans la moindre trace d'œdème ni de bouffissure; le pouls, égal, régulier, avec tension un peu faible, bat à 76 pulsations.

Lorsqu'on examine l'estomac du malade, on trouve une forte résistance musculaire au creux épigastrique. En outre, la palpation de l'abdomen ne se pratique pas sans difficulté. Il existe une hyperesthésie telle que la simple application de la main réveille des douleurs intenses, qui paraissent avoir leur siège dans la peau plutôt que dans les organes sous-jacents ; il se produit alors une contraction énergique des muscles grands droits de l'abdomen ; on ne peut que très difficilement palper l'estomac. En cherchant à provoquer la douleur, on reconnaît qu'elle est extrêmement intense en un point situé au-dessous de l'appendice xiphoïde. Dans cette région, en effet, le doigt appliqué perpendiculairement à l'estomac détermine une douleur intolérable. Il en est de même à gauche de la colonne vertébrale, à la hauteur de la pointe du sternum.

L'estomac a une sonorité qui atteint l'ombilic, et mesure, sur la ligne xiphoïdo-ombilicale, 12 centimètres ; sur la ligne mamelonnaire, il atteint 13 centimètres.

Les autres organes sont indemnes.

Régime lacté, repos absolu. Bicarbonate de soude. Orthoforme. Eau de Vals. Des cataplasmes chauds sont appliqués sur la région épigastrique.

Au bout d'un mois environ de ce traitement, le malade peut manger quelques aliments solides. Au mois de juillet, les douleurs ont disparu à peu près complètement.

Le malade sort de l'hôpital le 7 août, sinon guéri, tout au moins très amélioré.

Le 15 novembre de la même année, il revient à l'hôpital. Dès qu'il a recommencé à travailler, nous dit-il, les troubles gastriques ont fait une nouvelle apparition. A la moindre fatigue, il souffre de douleurs qui se localisent à quelques centimètres au-des-

sous de l'appendice xiphoïde. Vite, il a perdu l'appétit ; il a tous les jours des vomissements alimentaires après avoir mangé. Jamais il ne vomit le matin, à jeun. On lui conseille le traitement par les alcalins. Il sort de l'hôpital à la fin de décembre, en bonne voie de guérison.

6 mai 1906. — Le malade souffre depuis surtout une quinzaine de jours. Il éprouve une sensation de poids très lourd sur l'estomac quand il a pris quelque nourriture. Le matin, il a des régurgitations acides.

Observation LVI

LAVÈLLE. *Loc. cit.*, page 30.

Jean L..., cultivateur, âgé de 47 ans, souffre de l'estomac depuis un accident survenu *en septembre 1904*, dans les circonstances suivantes.

C'était à l'époque des vendanges. L..., doué d'une très grande force, fait le pari de descendre une barrique pleine de raisins qui se trouvait à l'arrière d'une charrette. Il prend la barrique à bras-le-corps, en agrippe du mieux qu'il peut les cercles, et, à reculons, à petits pas, la descend ; mais voilà que les cercles se détachant lui restent seuls dans les mains. Il tombe à la renverse d'une hauteur de 1 m. 30 environ. A peine son dos a-t-il touché le sol que, malgré la douleur, il a la vision subite du danger plus grand qui le menace ; rapide, il se relève et d'un effort violent repousse la barrique pleine qui, sous l'influence de l'impulsion reçue, allait lui tomber sur la poitrine. Aussitôt après, il retombe sur le dos ; on l'emporte sans connaissance.

Quand il revient à lui, il se plaint de vives douleurs dans la région épigastrique, de douleurs plus diffuses dans la région lombaire ; la respiration exaspère les douleurs au point qu'il réduit au minimum ses inspirations. On lui fait prendre un grand bain salé ; on le met au régime lacté exclusif. Au bout de huit jours de ce traitement, les douleurs gastriques sont encore très violentes ; les douleurs lombaires ont disparu.

Au mois d'octobre, c'est-à-dire un mois environ après son accident, il recommence à souffrir dans le dos. Les douleurs s'irradient vers la région lombaire ; le point le plus douloureux est au niveau du dos, à la hauteur de l'épigastre. Elles sont, ces douleurs, indépendantes des heures des repas ; elles apparaissent tantôt le matin, tantôt le soir, soit à jeun, soit après dîner. L'appétit devient difficile, la digestion pénible. Le malade n'a pas de dégoût marqué pour la viande, mais préfère manger cependant des potages et des légumes. Après les repas, il s'aperçoit que son ventre ballonne d'une façon exagérée. Il a des éructations, des renvois qui lui brûlent l'œsophage.

A la fin d'octobre 1904, surviennent de petits vomissements alimentaires qui se produisent une heure environ après les repas ; ces aliments vomis sont mélangés de glaires, de mucosités. Toujours les vomissements sont précédés d'éructations acides provoquant du pyrosis très désagréable.

A la fin de novembre, le malade souffre toujours au niveau de l'épigastre et dans le dos.

En janvier 1905, une heure après dîner, subitement, il est pris d'une hématémèse et vomit un litre et demi de sang, nous dit-il. Le médecin ordonne le repos absolu, le lait et une potion au bismuth. Le surlendemain, nouvelle hématémèse mélangée de caillots noirâtres.

Une troisième hématémèse survint dans le courant de 1905.

Pendant les années 1905 et 1906, le malade n'a pas cessé de souffrir de l'estomac. Les douleurs se montrent par crise, à intervalles assez réguliers, tous les huit à dix jours environ. Elles se caractérisent par des sensations de brûlure qui, prenant naissance dans la région périxiphoïdienne, vont s'irradiant en arrière, vers la dixième vertèbre dorsale. Elles apparaissent toujours après les repas. Il arrive quelquefois que le malade préfère ne pas manger pendant vingt-quatre heures plutôt que de réveiller ses souffrances.

Etat actuel. — 20 décembre 1906. — La région épigastrique est légèrement douloureuse à la palpation superficielle. La percussion indique un abaissement de la sonorité gastrique; on détermine assez facilement du clapotage. Il y a six jours que le malade n'a pas eu sa crise gastrique.

La pression du doigt sur l'appendice xiphoïde réveille une très vive douleur en broche.

Le malade, souffrant moins après avoir mangé des légumes, vit à peu près exclusivement du régime végétarien. L'examen des autres viscères ne révèle rien de pathologique.

Observation LVII

ŒTTINGER. *Loc. cit.*, observation n° I.

R..., 38 ans, chauffeur d'automobile, n'a jamais été malade et n'a en particulier présenté aucun trouble digestif quelconque antérieur.

Le *7 octobre 1907*, il a été victime d'un accident : un cahot de l'automobile qu'il conduisait le projeta en avant; il tomba

sur un petit mur, au niveau de la région épigastrique. Il ressentit aussitôt une douleur violente et perdit connaissance. Bien qu'*ayant fait un déjeuner assez copieux moins d'une heure* auparavant, il ne se produisit ni vomissement alimentaire, ni hématémèse.

Après quelques jours, les douleurs changent de caractère ; elles ne sont plus continues, mais elles sont plus violentes ; elles surviennent généralement vers quatre ou cinq heures de l'après-midi, durent jusqu'au dîner, sont calmées par l'ingestion du repas, puis reparaissent vers onze heures du soir pour durer jusqu'au matin avec une pénible intensité. Elles se calment vers six heures du matin, à la suite de l'ingestion d'une petite quantité de lait pour réapparaître à onze heures. Elles siègent dans la région épigastrique, s'irradient vers les côtes et parfois vers la région dorsale. Il n'y a pas de vomissements alimentaires, mais parfois, surtout la nuit, se produisent des vomissements de liquide, sans débris alimentaires, très acide, dit R..., et qui agace les dents. Le malade est fatigué ; il a maigri de 13 kilogrammes.

A l'examen, le 22 janvier 1908, il n'y a pas de ballonnement épigastrique, mais on constate un clapotage sus-ombilical net, le malade ayant pris du lait une ou deux heures auparavant. Toute la région épigastrique est douloureuse à la pression, surtout sur la ligne médiane et dans la région située à droite de celle-ci.

Le lavage de l'estomac à jeun ramène quelques centimètres cubes de liquide strié de sang, ce qui n'engage pas à poursuivre l'examen. Un repas d'épreuve (repas d'Ewald), le 25 janvier, donne les résultats suivants :

Quantité totale. . 170 cmc. (le liquide est mal émulsionné).
Acidité totale . . 4,23 °/₀₀.
HCl . . . . . 3,28 °/₀₀.

Propriétés peptiques très accusées (1 tube de Mette présente une digestion de 19 mm.). L'examen des selles est positif pour la présence d'hémorragies occultes le 5 et le 12 février.

Traitement. — Repos absolu ; régime lacté très fractionné avec addition de crème et ingestion de sous-nitrate de bismuth à jeun (15 grammes).

19 février. — Les douleurs sont un peu calmées, mais reparaissent quelquefois la nuit.

26 février. — Les douleurs, moins vives, disparaissent parfois complètement.

4 mars. — Les douleurs ont disparu ; l'état général est bon. L'alimentation consiste en lait, laitages, bouillies à la farine. La recherche des hémorragies occultes dans les selles est négative.

11 mars. — Même état. On supprime l'administration du sous-nitrate de bismuth qui avait été continuée du 22 janvier au 19 février et reprise depuis vingt jours.

25 mars. — Depuis trois semaines, l'état général est excellent : mais, à la suite d'une alimentation plus substantielle et moins sévère, les douleurs ont reparu. Dans les selles, la réaction de Schumm est de nouveau positive.

1er avril. — Les douleurs ont disparu de nouveau et, de nouveau, la recherche d'hémorragies occultes dans les selles est négative.

20 mai. — Les douleurs sont plus intenses que jamais ; le lait ingéré est vomi et le malade a remarqué que ces vomissements sont quelquefois sanguinolents. La recherche du sang dans les

selles est positive les 20 mai, 27 mai, 3 juin, 10 juin, 1er juillet, quoique l'état général se soit sensiblement amélioré.

Les douleurs disparaissent peu à peu et l'état est si parfait que, vers le mois de septembre, sans consulter, le malade reprend son existence habituelle en surveillant cependant son régime.

Le 11 novembre, il vient dire qu'il est en parfaite santé. On n'examine pas les selles à ce moment.

Le malade voyage et se surmène ; le 26 décembre, après un dîner de Noël moins frugal que d'habitude, les douleurs réapparaissent ; R... a une syncope subite, suivie d'abondantes hémorragies intestinales.

Revu en *janvier 1909*, il éprouve encore des douleurs peu vives, survenant parfois la nuit, et s'accompagnant de vomissements de liquide acide. Dans les selles, la réaction indiquant la présence du sang est nettement positive. Le malade est encore pâle et amaigri.

5° Cas à évolution lente, avec complications diverses : 7

α) Sténose du pylore : 5

Observation LVIII

Limont et Page, 1896. Stern, *loc. cit.*, et Thoinot. *Les accidents du travail et les affections médicales traumatiques*, 1904, p. 314.

Il s'agit d'un maçon de 31 ans qui, à l'âge de 17 ans, fut violemment frappé au creux épigastrique par le timon d'une voiture lourdement chargée.

A a suite de ce traumatisme, il dut garder le lit pendant

quatorze jours et eut de fréquents vomissements. Quelque temps après, il reprit le travail, mais, pendant toute une année encore, il vomit chaque soir et souffrit de l'estomac.

Pendant les six mois suivants, il ne ressentit aucun trouble ; mais, à partir de ce moment, apparurent des crises de vomissements, accompagnées de douleurs plus ou moins vives. Les crises duraient d'abord deux à trois semaines, séparées par des intervalles de deux à trois mois ; puis, dans les deux années avant l'admission à l'hôpital (c'est-à-dire *quatorze ans* après le traumatisme), les crises se firent plus courtes et plus fréquentes ; elles duraient de trois à quatre jours seulement, avec des intervalles de quatre jours. Il en résulta à la fin, pour le sujet, un état de santé déplorable : incapacité de travail, importante diminution de poids, etc...

L'appétit restait bon, surtout le matin ; mais, une demi-heure après l'ingestion alimentaire, apparaissaient du ballonnement et de vives douleurs abdominales. A intervalles réguliers, le patient vomissait de grosses quantités de masses acides et avait de nombreuses éructations. Le vomissement le soulageait ; on constatait nettement la dilatation stomacale.

A la région pylorique, on sentait une petite tumeur dure, insensible, suivant les mouvements respiratoires.

L'opération fut pratiquée et on trouva au pylore un épaississement péritonéal de la grosseur d'une pièce d'un shilling environ ; sous cet épaississement, et sur une étendue double, on pouvait sentir dans la paroi stomacale une masse dure.

L'opération procura une guérison complète.

Observation LIX

Lexer. (Observation publieé dans la thèse inaugurale de Doxie, 1898). Stern, *loc. cit.*, et Thoinot, *loc. cit.*, p. 314.

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui reçoit, le *26 septembre 1894*, un coup de pied de cheval sur le côté droit de l'abdomen.

Il perd aussitôt connaissance mais peut ensuite continuer son travail pendant quelques heures encore, malgré de violentes douleurs ; survient alors un abondant vomissement verdâtre.

Les vomissements se répètent souvent dans la suite et les douleurs persistent ; constipation opiniâtre.

A la fin de décembre 1894, le patient est examiné, et, en l'absence de toute constatation matérielle, on tient son affection pour nerveuse : traitement électrique, hydrothérapie.

En 1895, il entre à l'établissement spécial de Niederschönhausen. Là, son état s'aggrave rapidement; chaque jour, le vomissement se répète plusieurs fois ; on l'envoie à Berlin, à la Clinique chirurgicale. L'examen montre une masse résistante dans la région pylorique; le contenu stomacal renferme de l'HCl libre ; pas d'acide lactique. Douleurs violentes et vomissements continuels. Laparotomie le *12 juillet 1895*. On trouve au pylore un étranglement prononcé. Gastro-entérostomie. Guérison qui se maintient encore en 1897.

Observation LX

Krönlein. *Semaine médicale*, 15 avril 1899. Stern, *loc. cit.*; Thoinot, *loc. cit.*, p, 315.

Il s'agit d'un piqueur de 24 ans qui, en *mars 1887*, tombe avec son cheval et se contusionne violemment à la région épigastrique, sur la selle. Tout d'abord, ni douleur, ni vomisse-

ment ; la douleur se montre seulement le jour suivant, après le repas.

A dater de ce moment, douleurs stomacales quotidiennes, consécutives aux ingestions alimentaires. Quatre semaines seulement après la chute apparaît le vomissement. Les douleurs augmentent de plus en plus ; le sujet s'affaiblit et il entre, après une période d'accalmie, à la Clinique médicale de Zurich. Épigastre sensible ; forte dilatation stomacale ; vomissements très abondants, par intervalles (jusqu'à trois et plus en vingt-quatre heures), etc... Diagnostic : sténose du pylore cicatricielle.

Le sujet passe à la Clinique chirurgicale au milieu de novembre ; il est squelettique et ne pèse que 38 kilogrammes, au lieu de 75 autrefois. A droite de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, on sent une masse résistante de la grosseur d'une noisette. On opère et on touve que le pylore, fortement uni par du tissu cicatriciel serré avec les parties postérieures et avec le foie, est lui-même épaissi, cicatriciel. Résection du pylore, et, comme le duodénum est lui-même fortement rétréci, on obture son extrémité par une suture et on abouche l'estomac dans une anse du jéjunum. Le patient meurt le lendemain.

La partie réséquée pendant l'opération montre une surface ulcéreuse, à fond cicatriciel, qui s'étend jusqu'à l'embouchure duodénale, laquelle est réirécie au point de n'admettre que difficilement une tête d'épingle.

Observation XLI

Krönlein. *Loc. cit.* ; Stern, *loc. cit.* ; Thoinot, *loc. cit.*, p. 316,

Il s'agit d'un ouvrier de 48 ans, n'ayant jamais eu de maladie, A la fin du mois de *juin 1898*, il fait une chute dans laquelle

le manche de la fourche qu'il tenait le frappe violemment au creux épigastrique.

Il peut reprendre son travail, mais, la nuit suivante, il est pris de violentes douleurs du côté gauche qui l'empêche de vaquer à ses occupations.

Au bout de trois mois environ, apparaît le vomissement ; l'appétit diminue de plus en plus et la douleur épigastrique s'installe à demeure.

Le 20 septembre 1898, il est admis à la Clinique médicale et le *14 novembre*, il passe à la Clinique chirurgicale. Grand amaigrissement, douleurs épigastriques, pas d'appétit. L'estomac ne descend pas jusqu'à l'ombilic ; le contenu stomacal est acide. On diagnostique une sténose traumatique du pylore et on opère.

On trouve un estomac un peu dilaté ; toute la région pylorique se montre dure et infiltrée ; sur la séreuse existe une série de nodules blanchâtres, durs, de la grosseur d'une tête d'épingle. On soupçonne un carcinome du pylore qu'on résèque dans toute sa partie infiltrée. Le patient guérit et quitte l'hôpital ayant engraissé de 6 kilogrammes.

L'examen de la pièce montre, immédiatement avant le pylore, une forte sténose cicatricielle qui admet seulement une sonde de 5 millimètres. A une distance de 2 à 4 centimètres en amont de ce point rétréci, la muqueuse normale disparaît brusquement à pic, et est remplacée par une surface unie, rouge pâle, légèrement déprimée.

Observation LXII

A. Hannecart (de Bruxelles). *Annales de la société belge de chirurgie*, avril 1904 et Guillois, *loc. cit.*, p. 66.

Le nommé G... Léopold, âgé de 40 ans, a séjourné trente-sept mois au Tonkin et dix ans en Afrique. Il a souffert des fièvres bilieuses, mais n'a jamais eu d'abcès du foie. Rentré en Belgique il y a *trois ans et demi*, il a reçu dans la région de l'hypocondre gauche un violent coup de pied qui fut immédiatement suivi de vomissements de sang, évalués en quantité à un litre et demi environ.

Transporté d'urgence à l'hôpital dans un état demi-comateux, il y fut soigné pendant un mois pour ulcère de l'estomac. Les hématémèses se reproduisirent à différentes reprises et nécessitèrent plus tard l'admission du malade à l'hôpital de Gilly où, depuis trois ans, il est soumis au régime et au traitement habituels de la gastrite ulcéreuse.

Au moment où je le vis pour la première fois, c'est-à-dire il y a quatre semaines, ce malade déclarait ressentir dans l'hypocondre gauche et à l'épigastre des douleurs continues, s'exagérant à certains moments et prenant le caractère de crises très pénibles. Appétit nul, vomissements alimentaires et bilieux, pyrosis et éructations acides ; le blessé n'a plus vomi de sang depuis deux ans. Amaigrissement fort prononcé, teint anémique, mais non jaune paille.

A l'examen objectif, on constate que toute la région épigastrique est fort douloureuse à la pression et est occupée par l'estomac très distendu, dépassant l'ombilic par son bord inférieur. On ne perçoit pas de tumeur.

Diagnostic : Gastrectasie provoquée par un rétrécissement pylorique consécutif à une rétraction cicatricielle.

L'opération est pratiquée le 16 avril 1904. Après la laparotomie par incision médiane, allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, on trouve que l'estomac, très dilaté, a contracté de solides adhérences avec le péritoine pariétal, avec la face inférieure du foie, masquant la vésicule biliaire ainsi que le pylore. Comme il n'existe aucune apparence de néoplasme, on pratique la gastro-entérostomie rétro-colique postérieure en Y, suivant le procédé de Roux.

Suites opératoires normales ; guérison parfaite et disparition complète des troubles gastriques.

β) *Fistule gastro-abdominale : 1*

Observation LXIII

RICHERAND. *Nouveaux éléments de physiologie*, 1833, tome I, page 12.

Il s'agit d'une malade âgée de 47 ans qui portait une fistule depuis sa trente-huitième année. Cette fistule était ovalaire, longue de dix-huit lignes et large de plus d'un pouce, située au bas de la poitrine, à la partie supérieure et gauche de la région épigastrique.

Dix-huit ans auparavant, cette femme était tombée sur le seuil d'une porte ; le coup avait porté sur l'épigastre. L'endroit frappé resta douloureux et la malade, dès lors, ne put se tenir et marcher que courbée en avant et sur le côté gauche. A la fin de ce long intervalle, une tumeur phlegmoneuse, oblongue, se manifesta sur le point lésé.

Au milieu des nausées et des vomissements qui survinrent, cette tumeur s'abcéda et, par la plaie qui résulta de sa rupture, s'échappèrent deux pintes d'un liquide que la malade venait de boire pour éprouver quelque soulagement. Depus lors, la fistule qui d'abord eût à peine admis le bout du petit doigt, s'élargit de jour en jour ; elle donnait seulement issue aux boissons. Mais, au huitième mois, les aliments eux-mêmes commencèrent à passer et continuèrent ainsi jusqu'à la mort.

γ) *Abcès de la paroi gastrique, avec fistule gastro-intestinale : 1*

Observation LXIV

Abercrombie. *Archives générales de médecine*, 1824, tome III, page 447.

Une femme, dont parle M. Pinel, fut blessée à l'estomac par un coup de tête qu'une chèvre lui donna. Cet accident fut suivi de sensibilité à l'épigastre qui persista, sans autres symptômes, pendant *deux ans ;* alors, la douleur devint plus fixe et une tumeur très sensible à la pression se développa. Le diamètre en était d'abord de deux pouces, mais bientôt la grandeur doubla.

Après quelques jours, cette tumeur disparut tout à coup pendant un accès de toux et il ne resta plus que de la sensibilité dans la région épigastrique. La malade éprouva alors des frissons suivis d'un sentiment de chaleur, une grande faiblesse, de l'amaigrissement et mourut quatre mois après l'apparition de cette tumeur.

Quelque temps avant la mort, la douleur de l'estomac était devenue plus aiguë ; il y avait de la gêne dans la respiration, des hoquets, des éructations fétides, mais aucun trouble marqué

dans les fonctions de l'estomac. L'appétit était resté assez bon pendant tout le cours de la maladie et les évacuations étaient naturelles, si ce n'est qu'immédiatement après la disparition de la tumeur il y eut de la diarrhée.

Lors de l'ouverture du cadavre, on trouva les intestins très enflammés et adhérents dans une grande étendue au mésentère et aux parois abdominales. La petite courbure de l'estomac adhérait au foie et au pancréas et la grande courbure au côlon ; ses parois avaient un pouce d'épaisseur.

La membrane muqueuse de ce viscère était recouverte d'une matière puriforme et fétide et une cavité en cloaque, assez grande pour admettre le doigt, s'y trouvait et se dirigeait vers l'endroit où la petite courbure adhérait au foie.

Il y avait aussi une communication entre l'estomac et l'iléon.

III. - Cas dont l'évolution est inconnue : 9.

1° Cas observés pendant un temps trop court pour qu'on ait pu se prononcer sur leur terminaison : 7.

Observation LXV

Potain. Derouet, *loc. cit.*, page 22.

L... Emma, âgée de 46 ans, domestique, était entrée le 30 juillet 1868 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Professeur Potain, pour pertes utérines.

Le 14 septembre, à 6 heures du soir, cette femme reçoit un coup de tête, dans la région de l'estomac, d'une de ses voisines prise d'une attaque d'hystéro-épilepsie. Elle éprouva aussitôt une vive douleur et faillit se trouver mal; peu après, elle fut

prise d'envie de vomir et rendit bientôt les aliments qu'elle venait de prendre ; puis, elle vomit à deux ou trois reprises une quantité assez abondante de sang. Revenue à son lit, elle eut encore quelques vomissements qui contenaient du sang, et cela pendant plusieurs heures.

Le 15 septembre, à la visite, la malade se plaint de douleurs à l'épigastre. Dès qu'elle mange, les aliments exagèrent les douleurs, mais elle ne vomit pas. Il lui semble qu'elle a un poids qui la gêne pour respirer et dans le dos, au niveau des 9e et 10e vertèbres dorsales, elle éprouve une douleur continue qui s'exaspère à la pression et pendant les fortes inspirations. A la pression, on détermine aussi de la douleur au niveau de l'appendice xiphoïde et dans la région épigastrique. Le foie n'est pas volumineux.

20 septembre. — Régime lacté.

21 septembre. — Une très petite quantité de pain, prise hier, a donné lieu à des douleurs très vives ; pas de vomissements ; anorexie. Le lait donne des pesanteurs d'estomac ; nausées acides ; persistance de la douleur. Prescription : ajouter deux cuillerées d'eau de chaux par litre de lait.

22 septembre. — La malade n'a pas vomi hier. Les douleurs persistent dans le dos, à l'épigastre et à la région sternale.

Un peu d'anhélation ; pas de fièvre.

27 septembre. — Cette nuit, la malade a été prise de vomissements de glaires très acides, non amères, sans coloration bilieuse. Eau de Vichy. Bains.

28 septembre. — La malade a voulu manger hier de la viande en très petite quantité et un peu de pain. Elle a été prise de vomissements alimentaires et bilieux avec douleurs très vives ; elle a encore des aigreurs.

9 octobre. — La digestion est un peu plus facile ; la malade ne vomit plus. Dix minutes après le repas, elle éprouve à l'estomac une sensation de brûlure et de pesanteur, persistant pendant une heure.

31 octobre. — La malade ne vomit plus depuis quinze jours. La douleur à l'épigastre persiste à la pression ; la douleur rachidienne du côté gauche persiste également et se manifeste aux mêmes moments que la douleur sternale. L'ingestion des aliments ne cause qu'un peu de pesanteur à l'épigastre, sensation que les eaux de Vichy et de Spa diminuent beaucoup. Le vin pur cause des cuissons et n'est pas bien supporté.

Observation LXVI

Robert. *Loc. cit.*, p. 44. (Observation recueillie dans le service de M. le Professeur Ollier.)

Le nommé P... E., palefrenier, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital le 10 juillet 1881. Aucun antécédent n'est digne d'être signalé.

Dans les premiers jours de *juillet 1881*, il a reçu plusieurs coups de pied de cheval, l'un à la région temporale gauche, l'autre dans le flanc gauche, au niveau du rebord inférieur des fausses côtes. Au moment de l'accident, le blessé perdit connaissance et rendit par la bouche une assez grande quantité de sang.

Le lendemain, il entre à l'Hôtel-Dieu ; on ne trouve aucun symptôme de fracture du crâne, aucun signe de fracture de côtes. Il rejette, par moments, une certaine quantité de sang noir, non aéré, d'une odeur nauséabonde. Ce sang d'ailleurs peu abondant n'est pas rendu par la toux ; il n'y a pas vomissement mais

plutôt régurgitation. Au dire du malade, il lui monte à la gorge comme de la salive. Rien à signaler du côté du poumon, du cœur et de l'oreille gauche. Le malade quitte le service le 30 juillet, complètement guéri de ses contusions, mais continuant à expectorer du sang.

Le *30 septembre*, il entre à nouveau dans le service pour une contusion sans gravité de la cuisse droite. Depuis sa sortie, les régurgitations de sang ont continué et elles persistent encore aujourd'hui. Néanmoins l'état général est bon. Robert fait suivre cette observation des réflexions suivantes : « Ce cas diffère des autres en ce que le sang n'a pas été vomi, mais régurgité ; ensuite parce que cette régurgitation sanguine est devenue chronique, sans que la santé du malade en paraisse altérée. Il n'y a eu hématémèse proprement dite qu'au moment même du traumatisme. Si nous admettons la lésion stomacale, c'est en l'absence absolue d'autres affections pouvant amener le rejet de sang par les voies digestives. »

Observation LXVII

Leube (Würzburg). *Centralblatt für klin. Med.* Berlin, 1886, n° 5.

P..., brasseur, âgé de 57 ans, à part deux pneumonies à 20 et à 50 ans, avait toujours été bien portant et n'avait jamais ressenti le moindre trouble digestif.

Le *7 avril 1885*, au matin, il fut heurté par une voiture dont le timon vint le frapper en plein dans la région épigastrique. Environ dix minutes après l'accident, il ressentit à l'estomac une vive douleur et fut obligé de garder le lit pendant deux jours. Il reprit son travail, mais la douleur persistant, il entra à l'hôpital le 25 avril.

Huit jours après l'accident, nous dit-il, il a été pris de vomissements survenant trois heures environ après les repas ; ces vomissements se répétèrent tous les jours. A aucun moment, il n'a remarqué de sang dans les matières vomies qui n'ont jamais été noires.

A son entrée à l'hôpital, P... se plaint d'une douleur spontanée dans l'hypocondre gauche, douleur qui augmente d'intensité lorsqu'il se couche sur le côté gauche. A la palpation, on ne sent aucune tumeur dans la région épigastrique; la percussion révèle une certaine dilatation d'estomac. On localise surtout la douleur sur la ligne médio-sternale, dans le creux épigastrique. Les aliments réveillent la sensation douloureuse. Le diagnostic d'ulcère de l'estomac ne fut pas fermement posé à cette époque, car les symptômes n'étaient pas très nets; jamais le malade n'avait eu d'hématémèse. Il sort de l'hôpital le 7 mai.

Il y revient le *15 juin*. Les vomissements avaient reparu. Il souffre toujours au niveau du creux épigastrique et la douleur s'irradie dans le dos. Il a eu un vomissement assez abondant de sang en caillots la veille, et ce dernier symptôme l'engage à revenir à la Clinique. L'appétit est nul; les digestions sont très pénibles.

Ces symptômes ne peuvent être mis que sur le fait d'un ulcère de l'estomac, dû vraisemblablement à l'action du suc gastrique sur la lésion produite par l'accident.

Observation XLVIII

Jessen (de Hambourg). *Monatschrifft für Unfallheilkünde*. Leipzig, 1900, t. VII, page 256.

Un homme de 30 ans, en parfaite santé, fit une chute de bicyclette au cours de laquelle il vint heurter fortement de la région

épigastrique contre un arbre. Il ressentit immédiatement une vive douleur et une sensation de plénitude dans l'estomac. Environ trente-six heures après l'accident, il eut un abondant vomissement de sang moitié liquide, moitié coagulé. Il souffrait à ce moment d'une vive douleur que l'on pouvait localiser à la partie médiane du creux épigastrique, douleur accompagnée d'oppression. Cet état persista pendant *trois semaines* sans s'amender. Il n'y eut pas de nouvelle hématémèse. Au bout de ce laps de temps, survinrent des vomissements; le contact des aliments réveillait les phénomènes douloureux. L'auteur en conclut qu'il devait exister une ulcération de la muqueuse gastrique, ulcération qui était déjà constituée trente-six heures après l'accident, puisqu'elle donna lieu à une hématémèse.

Observation LXIX

Desanti. Des traumatismes de l'estomac et de leur interprétation médico-légale. *Thèse de Toulouse*, juillet 1905, p. 41.

Mlle Carmen D..., âgée de 30 ans, très vigoureusement constituée, née de parents bien portants, n'a jamais eu de maladie grave sauf une scarlatine survenue il y a sept ou huit ans. Elle affirme n'avoir jamais commis d'excès d'aucune sorte et qu'elle était en parfaite santé (poids : 65 kilogr.) au moment de l'accident que nous allons relater.

Le dimanche *28 mai 1905*, à 4 h. 1/2 de l'après-midi, un tramway dans lequel elle se trouvait dérailla et fut se jeter en pleine vitesse contre un banc de pierre et un arbre. Sous la violence du choc, Mlle D... fut contusionnée aux deux genoux d'une part, et, d'autre part, à la région épigastrique par la banquette placée devant elle et par le dossier de cette même banquette ; le

busc antérieur du corset a été faussé, formant un angle aigu qui a pénétré comme un coin dans le creux épigastrique. Immédiatement, Mlle D... a perdu connaissance et vingt minutes après, elle a été prise d'un vomissement sanglant très abondant, qui dura une heure environ.

L'examen de la région atteinte révélait, le lendemain, une vaste ecchymose qui occupait la région épigastrique et se diffusait vers la région mammaire. La palpation de l'estomac réveillait une vive douleur.

Son état s'étant amélioré vers le huitième jour après l'accident, la malade eut le tort d'absorber un œuf et une petite quantité de pain ; un quart d'heure après l'ingestion de ces aliments, elle fut prise d'une hématémèse abondante et rendit par le rectum, une heure après, un litre de sang environ, avec des selles diarrhéiques, poisseuses et noirâtres, dans lesquelles on retrouvait du sang presque pur à côté de celui qui avait subi un commencement de digestion. Depuis lors, la malade continue à vomir du sang par intervalles.

Le *28 juin*, elle est très anémiée, pâle, sans forces ; elle a maigri de 10 kilogrammes environ. Elle présente les signes cardinaux de l'ulcère gastrique. L'hématémèse, fréquente, est constituée tantôt de sang rutilant, tantôt de sang plus ou moins digéré ; il existe du melaena. Les vomissements surviennent spontanément, une heure après l'ingestion du lait. Dès que la digestion s'accentue, une sensation de pesanteur se manifeste ; puis, ce sont des tiraillements, puis enfin de violentes douleurs de transfixion : la malade est traversée par la douleur. Elle souffre alors au niveau des dernières vertèbres dorsales. Diagnostic : ulcère traumatique de l'estomac.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions

intéressantes. L'accident s'est produit à 4 h. 1/2 ; la malade avait absorbé à 11 heures du matin un repas léger. Elle s'était promenée à pied pendant deux heures et, certainement, à 4 h. 1/2, l'estomac était vide. Du reste, dans les premiers vomissements sanglants, on ne constata pas de matières alimentaires. L'ulcère est dû à l'action du busc de corset ; l'estomac, refoulé en arrière, a été écrasé contre la colonne vertébrale. D'ailleurs, chez cette femme, on déprime très facilement la paroi abdominale au niveau de l'ombilic, au point de palper les disques intervertébraux.

Observation LXX

LAVELLE. *Loc. cit.*, page 36.

Jean C... eut, le *25 septembre 1906*, la poitrine comprimée entre un mur et un bœuf pendant près d'une minute. Immédiatement, il perdit connaissance et ce n'est qu'une demi-heure après qu'il reprit ses sens.

Cet homme, âgé de 56 ans, assez bien portant jusque-là, eut, environ deux heures après cet accident, une hématémèse d'un verre de sang. A partir de ce moment, lui, qui jamais n'avait souffert de l'estomac, ressent des crampes gastriques douloureuses, survenant surtout une ou deux heures après les repas, circonscrites à la région xiphoïdienne. Ces crampes sont presque toujours accompagnées d'une douleur très vive au rachis, au niveau de la première vertèbre lombaire ; elles vont s'accentuant de plus en plus, tant en nombre qu'en intensité. Elles sont, une dizaine de jours après l'accident, comparables aux plus vives brûlures et deviennent une véritable torture que, seules, les injections de morphine arrivent à calmer. Cependant, le blessé n'a ni nausées, ni vomissements, ayant malgré tout conservé son appétit.

Le 18 octobre 1906, après avoir pris un bol de café au lait, vers 10 heures du matin, le malade a une nouvelle hématémèse de plus d'un demi-litre ; le médecin prescrit le repos, le régime lacté et le sous-nitrate de bismuth. Pendant quelques jours, C..., qui supporte mal le lait, ne cesse d'accuser de très vives douleurs dans la région épigastrique, suivies de nausées et de vomissements acides et glaireux ; il maigrit. Le 25 octobre, la pression ne réveille que des douleurs très supportables ; le malade cesse le régime lacté et prend quelques aliments solides.

Le *6 janvier 1907*, C... raconte qu'il est pris parfois de vomissements alimentaires, accompagnés de douleurs gastriques et rachidiennes. Ces vomissements surviennent toujours après les repas.

Observation LXXI (Inédite).

Observation extraite d'un rapport d'expertise médico-légale en date du 14 décembre 1909 et due à l'obligeance de M. le Professeur Thoinot.

Le sieur D..., âgé de 39 ans, veilleur de nuit, allègue qu'il a été blessé, le *23 juillet 1909*, d'un coup de marteau qui l'a atteint dans la région épigastrique. Il perdit connaissance et fut transporté à son domicile. Le Dr G..., mandé immédiatement, trouva le blessé dans un état de shock prononcé ; le deuxième jour, il constata lui-même une hématémèse peu abondante et du melaena beaucoup plus marqué. Le troisième jour, il y eut encore du melaena. D... demeura au lit jusqu'au mois d'août et présenta des symptômes stomacaux des plus évidents pendant toute cette période et pendant toute celle qui la suivit jusqu'à

l'époque actuelle. Il n'eut plus, il est vrai, d'hématémèse ; mais il eut, de temps à autre, des vomissements alimentaires qui cependant s'espacèrent. L'alimentation a été longtemps très difficile et ce n'est que tout récemment que le sieur D... a pu prendre des aliments avec prudence d'ailleurs et tout en restant partiellement encore au régime lacté ; il n'a cessé d'accuser à son médecin des douleurs siégeant surtout à la région épigastrique. Le Dr G..., qui connaissait le blessé depuis longtemps, déclare qu'il avait, antérieurement au traumatisme, une santé fort bonne et fort régulière et qu'il a beaucoup maigri à la suite de son accident. Le blessé a repris un peu d'embonpoint depuis le 15 octobre environ et cette reprise a coïncidé avec la cessation a peu près complète des vomissements.

M. le Professeur Thoinot examine le blessé le *14 décembre 1909 :* le sieur D... ne semble pas trop amaigri, bien que son poids ne soit pas en rapport avec sa taille et sa vigueur apparente ; l'abdomen est quelque peu météorisé. Les manœuvres habituelles ne permettent pas de déceler une distension de l'estomac ni de réveiller aucune douleur.

Le foie semble normal et il n'existe pas d'autres lésions viscérales apparentes.

En somme, l'examen du blessé est à peu près négatif. Il résulte des renseignements donnés par le Dr G... que le sieur D... a présenté très nettement les symptômes d'une violente contusion abdominale, avec atteinte plus particulière de l'estomac. Les choses se sont passées comme elles se passent dans l'ulcère traumatique : hématémèses, douleurs, difficulté de l'alimentation, vomissements, etc. Cet ulcère a évolué de façon bénigne, marchant progressivement vers la guérison, mais on ne saurait dire qu'il l'a atteinte encore. M. le Professeur Thoinot pense qu'il

sera nécessaire de revoir le blessé afin de pouvoir porter sur son cas un jugement définitif.

2° Cas pour lesquels l'observation n'indique pas la durée de l'évolution : 2.

Observation LXXII

Vibert. — Pinatel. Des lésions de l'estomac consécutives aux traumatismes par contusion. *Thèse de Paris*, 28 mars 1901, p. 38.

Le 2 octobre 1887, la femme C..., âgée de 27 ans, poussait dans la rue une petite voiture. Celle-ci fut heurtée violemment par une autre voiture et la dame C... fut contusionnée par un brancard qui la frappa à l'épigastre. Depuis lors, elle a été atteinte de troubles de l'estomac et de la santé, caractérisés d'une part par des désordres nerveux, et d'autre part par des symptômes gastriques.

Elle a toujours eu une bonne santé avant l'accident ; mais, depuis lors, elle éprouve une vive douleur au niveau du creux épigastrique, douleur qui augmente beaucoup par la pression même légère ; elle éprouve une douleur semblable dans le dos, au même niveau que celle qui siège au creux épigastrique. L'ingestion des aliments exaspère immédiatement ces douleurs, à l'exception du lait qui est seul supporté. Malgré le régime lacté, la dame C... a tous les jours des vomissements qui consistent surtout en matières glaireuses, mélangées ordinairement d'une quantité plus ou moins abondante de sang. Toutefois, elle n'a amais vomi de sang pur. La malade a beaucoup maigri ; sa pâleur est extrême.

Observation LXXIII

Vibert. Pinatel, *loc. cit.*, page 40.

Le 1er août 1892, la dame C... traînait une voiture à bras qui fut heurtée par un fiacre; elle fut renversée et reçut aux jambes et au bras gauche des contusions peu graves et qui ne laissèrent pas de traces.

Le surlendemain de l'accident, 3 août, la blessée vomit une quantité abondante de sang. Ces vomissements se sont renouvelés tous les jours pendant trois semaines ; ils étaient ordinairement minimes, mais il y eut en tout quatre grandes hémorragies par la bouche. Pendant cette même période, la malade rendit du sang dans ses garde-robes qui étaient de la couleur et de la consistance de la poix. En outre, presque tous les aliments étaient rejetés; le lait seul était toléré. Toutefois, le contact des aliments n'occasionnait pas de vives douleurs gastriques.

Dans la suite les hématémèses cessèrent et les vomissements alimentaires persistèrent seuls. Sous l'influence du régime approprié, non seulement il n'y eut plus de nouvelles hémorragies, mais encore la dame C... a pu digérer assez bien les divers aliments, sauf la viande qui, suivant son expression, « lui pèse », mais que cependant elle ne vomit pas.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Les observations que nous avons recueillies montrent que, contrairement à ce qui se passe pour l'ulcère simple spontané, l'ulcère traumatique de l'estomac est *plus souvent observé chez l'homme* (53 fois) que chez la femme (20 fois). Les hommes, en effet, par leurs occupations et leurs travaux de chaque jour, sont plus exposés que les femmes à des accidents multiples et extrêmement variés, pouvant intéresser la région épigastrique. Pour la même raison, l'ulcère traumatique se rencontre surtout chez des hommes adultes, à l'exception presque complète des enfants et des vieillards, et spécialement chez des hommes adultes qui exercent une profession pénible ou périlleuse (palefreniers et cochers, forgerons, maçons, employés de chemin de fer, chauffeurs d'automobile, etc.).

Ceci dit, nous étudierons successivement : 1° le traumatisme ; 2° les causes qui favorisent son action. Ces causes sont de deux ordres différents ; *a*) les unes, physiologiques : état de réplétion de l'estomac et contraction des muscles de la paroi abdominale, *b*) les autres,

pathologiques : affections stomacales antérieures au traumatisme qui peuvent modifier les tuniques de l'organe et les rendre moins résistantes.

1° *Le traumatisme.*

Ayant uniquement en vue l'ulcère de l'estomac consécutif à une violence extérieure, nous laisserons de côté les lésions de la muqueuse gastrique produites par l'introduction dans les voies digestives de corps étrangers solides (os, pointe d'épée...) ou l'ingestion continue et prolongée de corpuscules poussiéreux (ulcère gastrique des ouvriers en porcelaine). On peut être autorisé, dans ces cas, à parler de traumatisme interne ; nous ne nous occuperons que du traumatisme externe.

Les violences extérieures qui peuvent léser la muqueuse gastrique sont multiples. D'ordinaire, elles agissent *directement* sur l'épigastre et leur action peut se produire suivant plusieurs modes : 1° Souvent (ce mécanisme a été observé dans 29 cas), un agent extérieur vulnérant, mobile, doué de propriétés offensives : vitesse, poids, forme spéciale (pointes ou arêtes vives), vient frapper avec violence la région épigastrique. (Obs. II, IV, V, IX, XIII, XVII, XIX, XXII, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIV, XLII, XLIV, XLVI, LIII, LVIII, LIX, LXII, LXIV, LXV, LXVI, LXVII, LXXI et LXXII). 2° Fréquemment aussi (29 fois), dans une chute en avant, l'épigastre va heurter le sol ou un corps dur immobile (marche d'escalier, bord d'un seau, tronc d'arbre, etc...) ;

les choses se sont ainsi passées dans les observations III, VIII, X, XI, XII, XIV, XV, XXIII, XXV, XXXIII, XXXV, XXXVI, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLV, XLVII, XLVIII, XLIX, LI, LII, LVII, LX, LXI, LXIII, LXVIII, LXIX et LXXIII). 3° Plus rarement (4 fois), la base du torax est fortement comprimée, pendant un temps plus ou moins long, entre deux forces de sens contraire, l'une étant appliquée directement en avant sur l'épigastre et l'autre agissant en arrière ; ainsi ont été blessés les quatre malades dont il est question dans les observations VII, XVIII, XXXVII et LXX. 4° Exceptionnellement enfin (obs. XXI), un projectile, épuisant sa force de pénétration, vient contusionner la muqueuse gastrique.

Dans une autre catégorie de faits infiniment plus rares, la violence agit *à distance* de l'épigastre et son action semble s'exercer *indirectement* sur l'estomac. La réalité de ces lésions dites *par contre-coup* a été contestée ; elle n'est pas douteuse. Quelquefois (obs. XLIII), au cours d'une chute sur le dos, le rachis reçoit un choc violent et la face postérieure de l'estomac peut être contusionnée par la colonne vertébrale. D'autres fois, il s'agit d'une commotion de tout l'organisme comme cela se produit dans les éboulements, les chutes de haut, les explosions. Le rôle joué par *l'ébranlement* dans la production des ruptures d'organes internes a été nettement exposé par M. le Dr Vibert ; « par suite de la secousse, un organe est projeté violemment, est lancé contre les organes voisins ou contre les parois des cavités splanchniques en même temps qu'il est retenu par ses attaches

naturelles. De ce conflit entre des forces opposées résultent des lésions traumatiques souvent de la plus extrême gravité. » P. Thiéry cite à ce sujet, dans le *Bulletin de la société anatomique de Paris* (1889), une observation des plus concluantes et décrit une déchirure de la face antérieure de l'estomac, avec rupture et ecchymose de la muqueuse, chez un sujet mort sept heures après une chute, d'une hauteur de neuf mètres environ, sur les ischions. En outre, Devergie a signalé dans son *Traité de médecine légale* plusieurs exemples de lésions de l'estomac consécutives à une commotion générale du corps.

Parfois enfin, pour éviter une chute ou soulever un objet pesant, les muscles abdominaux, brusquement contractés à l'effet de relever le tronc, agissent comme un véritable choc direct ou une violente pression d'origine extérieure sur la face antérieure de l'estomac ; la lésion est alors consécutive à un *effort*, comme le fait s'est produit dans les quatre cas relatés aux observations XX, XVIV, L, LV.

Les multiples causes que nous venons de passer en revue peuvent combiner leur action, soit simultanément, soit alternativement et à des dates plus ou moins éloignées. Un des malades cités par Lavelle fait une chute sur le dos et en même temps un effort violent pour repousser une barrique pleine qui menace de l'écraser (obs. LVI). Derouet rapporte l'exemple d'un individu qui reçoit un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit est projeté à terre et va heurter du flanc gauche, avec force, le bord d'un trottoir (obs. VI). Le blessé cité par

Menne dans l'observation LIV fait un effort brusque le lendemain du jour où il a reçu un choc dans l'épigastre. L'intervalle qui sépare les traumatismes peut être beaucoup plus long. Un des malades dont Lavelle raconte l'histoire (obs. XVI) reçoit d'abord un coup de pied de cheval dans la région de l'estomac et, un an après, alors qu'il paraissait guéri, ressent une vive douleur épigastrique à l'occasion d'un effort. Enfin, la malade dont parle Pinel fut blessée deux fois, à trois années de distance (obs. I).

En résumé, comme l'a fait justement remarquer Pinatel, les violences extérieures que nous venons de décrire peuvent, dans la presque totalité des cas, se ramener à une seule cause mécanique, la *pression*, toujours violente, mais qui peut être lente et soutenue (passage d'une roue de voiture sur l'épigastre, compression de la base du thorax,...) ou brusque et instantanée (coup de pied de cheval, projection contre un obstacle,...).

2° *Les causes prédisposantes.*

L'estomac échappe ordinairement aux traumatismes; d'après Coull-Mackenzie, il n'est lésé que 2 fois sur 100 environ dans les contusions abdominales. Cette immunité relative lui vient de sa *situation anatomique* et de sa *mobilité*. Enfoncé au-dessous et en arrière du diaphragme, protégé par les extrémités antérieures des VII°, VIII°, IX° et X° côtes gauches et le lobe gauche du foie, il offre peu de prise aux violences exercées sur la région épigastrique, d'autant plus qu'à l'état de vacuité

la cavité stomacale est virtuelle. En outre, organe mobile, il peut fuir et échapper aux agents contondants.

a) *Causes prédisposantes physiologiques.* — Les conditions physiologiques qui viendront modifier sa forme et ses rapports avec les organes voisins et diminuer sa mobilité le rendront par là même plus vulnérable ; ainsi agissent : α) *l'état de réplétion* et β) *la contraction des muscles de la paroi abdominale.*

α) Après un repas, en effet, l'estomac distendu par les aliments ne peut plus rester caché et se porte lui-même au-devant du danger ; sa face antérieure, soulevée, tend à devenir supérieure et vient prendre, sur une étendue plus considérable, un contact direct avec la paroi abdominale. Son volume augmente, sa surface s'accroît ; il devient plus accessible à l'action des traumatismes externes et moins apte à se dérober. En outre, le contenu stomacal va jouer, lui aussi, un rôle actif dans la production de la lésion. Nous croyons inutile d'insister longuement sur ce fait ; il est hors de doute que les liquides, enfermés dans l'estomac et soumis par le fait du traumatisme à une pression exagérée, transmettront aux différents points des parois stomacales la violence qu'ils ont reçue : l'organe éclatera, comme éclate une vessie pleine d'eau et comprimée avec force. Quant aux aliments solides, peut-être iront-ils directement altérer la muqueuse contre laquelle ils sont projetés.

Ces considérations étiologiques, contrôlées par des faits expérimentaux dus à Ritter, Vanni, Torné et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, nous expliquent pourquoi, dans la majorité des observations

recueillies, le blessé était, au moment de l'accident, *en pleine période digestive*. Cette condition n'est toutefois pas indispensable ; l'estomac complètement vide peut être lésé par une cause extérieure (obs. LXIX), mais il faut alors une force contondante considérable, capable de refouler l'organe et de l'écraser véritablement contre les corps vertébraux.

3) Il semble tout d'abord paradoxal de dire que l'état de contraction de la paroi abdominale favorise l'action du traumatisme ; il paraît plus raisonnable d'admettre que les muscles contractés forment bouclier et protègent l'organe qu'ils abritent contre les violences extérieures. Il n'en est rien. L'état de contraction des parois diminue la cavité abdominale, réduit la mobilité de l'estomac et augmente d'autant les chances d'altération.

Ce résultat de la contraction musculaire se trouve porté au maximum pendant l'accomplissement d'un effort. A ce moment, la glotte est fermée ; le diaphragme, fortement abaissé par une inspiration profonde et soutenue, agit sur l'estomac et le porte en avant. Toutes les conditions sont alors réunies pour rendre efficace une action brutale venue du dehors : immobile et à l'étroit dans une cavité réduite, l'estomac s'offre à l'action des agents contondants.

Supposons maintenant que, pour éviter une chute ou soulever un objet très lourd, survienne une brusque contraction des muscles abdominaux ; ces derniers jouent alors le rôle du corps traumatisant et l'organe, plein, comprimé entre la sangle musculaire contractée en avant et la colonne vertébrale en arrière, peut subir

des altérations par éclatement. Ainsi s'explique la production des ulcères gastriques consécutifs à un effort dont quelques exemples ont été rapportés par Pauly, Gilles de la Tourette, Lavelle.

Ces considérations ne sont pas sans importance et il y aura intérêt pour le médecin-expert à savoir si, au moment de l'accident, le blessé accomplissait un effort notable.

b) *Causes prédisposantes pathologiques.* — Il est à peine besoin de dire que les *altérations pathologiques* de l'estomac en général et la *gastrite chronique alcoolique* en particulier rendent plus fragiles les parois de l'organe, et, partant, favorisent l'action du traumatisme. Il en est de même de la *dilatation* gastrique par une production anormale de gaz dus à des fermentations secondaires aux nombreuses causes de rétention. Toutefois, Longuet (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1875) pense que la distension gazeuse, qui rend l'organe élastique, « est une condition défavorable à la rupture des parois stomacales ».

Il est certain que ces conditions pathologiques ne constituent pas des facteurs essentiels comme l'état de réplétion physiologique de l'estomac et la contraction des muscles de la paroi abdominale et du diaphragme.

SYMPTOMES, ÉVOLUTION, FORMES CLINIQUES, COMPLICATIONS

Un traumatisme épigastrique peut déterminer au niveau des parois stomacales une blessure sur la nature de laquelle nous reviendrons plus tard; sur cette blessure primitive pourra se greffer un processus ulcéreux. Ces deux stades qu'on peut dénommer : le premier, stade de la *contusion*, le second, stade de l'*ulcération*, ont une symptomatologie distincte.

Un individu, n'ayant jamais eu le plus souvent de troubles gastriques antérieurs et réunissant quelques-unes des conditions étiologiques décrites, reçoit une violente contusion sur l'épigastre ou fait un effort brusque ; il accuse aussitôt des *signes généraux* et des *symptômes locaux*.

Les *signes généraux* sont constitués par des phénomènes de shock, pouvant aller depuis la simple stupeur avec vertige, dyspnée et anxiété, jusqu'à la syncope avec perte complète de la connaissance et même jusqu'à la mort subite. Ces troubles d'origine nerveuse tiennent évidemment à la commotion des plexus abdominaux; le voisinage du plexus solaire et ses puissantes actions

réflexes sur le cœur font comprendre le mécanisme de ces phénomènes morbides.

Les *symptômes locaux* sont : la *douleur*, le *vomissement alimentaire* et la *gastrorrhagie*.

La *douleur* est constante. Elle apparaît presque toujours immédiatement après l'accident, exceptionnellement plus tard, le lendemain (obs. LX) ou après deux ou trois jours (obs. XV). Elle est d'ordinaire intense et affecte des caractères différents : sensation de déchirure, de piqûre ou de simple pesanteur ; le plus souvent *diffuse*, elle occupe toute la base du thorax, les régions épigastrique et hépatique et s'irradie vers les flancs et la région lombaire ; *spontanée*, elle est *exagérée* par la palpation et il est d'ailleurs souvent impossible de dissocier la douleur profonde de l'organe de la douleur plus superficielle qui siège dans la paroi ; enfin, elle est *continue* et augmente d'intensité à la suite de l'ingestion des aliments, à tel point que l'alimentation devient très difficile.

Au moment de l'accident, surtout si l'estomac a été surpris en pleine période digestive, le blessé peut avoir un *vomissement alimentaire pur ou mélangé de sang ;* ce fait n'est pas constant et peut faire complètement défaut. D'ailleurs cette intolérance gastrique est le plus souvent passagère ; elle cesse quelquefois très vite pour reparaître lorsque l'ulcère est constitué.

La *gastrorrhagie* se manifeste par l'*hématémèse* et le *melæna*. Le vomissement de sang pur ou mélangé aux aliments est à peu près constant, mais variable dans son apparition. Il peut survenir à trois périodes diffé-

rentes : *a*) aussitôt ou peu de temps après l'accident ; *b*) quelques jours, une semaine au plus après le traumatisme ; *c*) plus tardivement enfin, au bout de quelques mois (obs. XLVI, LV, LVII, LXVII). Ainsi que le fait remarquer Dumény, « l'hématémèse traduit assez exactement la marche et les progrès de la lésion ; elle correspond à des stades différents et bien déterminés de la maladie ». En effet, l'hématémèse du début, souvent abondante, indique que l'altération de la paroi stomacale a lésé un vaisseau important. Le sang est liquide, rouge, rutilant s'il a été vomi tout de suite ; il est au contraire coagulé et noirâtre s'il a subi, pendant quelques heures, l'action du suc gastrique. Cette hémorragie peut être suivie d'une syncope, différente de la syncope immédiate, d'origine nerveuse ; elle peut être unique ou se répéter à plusieurs reprises jusqu'à l'oblitération du vaisseau qui saigne.

Le vomissement de sang qui se produit quelques jours après l'accident est, d'ordinaire, moins abondant ; il résulte de la chute de l'escarre stomacale due à la contusion. Nous sommes ici au seuil du processus ulcéreux.

Quant à l'hématémèse tardive, elle n'appartient plus au domaine de la contusion de l'estomac ; elle est le symptôme révélateur d'un ulcère constitué qui, déjà, a manifesté sa présence par d'autres signes. Dans ces cas, la lésion primitive (plaie ou escarre) n'a sans doute pas intéressé un vaisseau important ; le sang, épanché lentement dans un estomac tolérant, a passé dans l'intestin et une recherche systématique aurait permis de déceler son existence dans les selles (melæna).

Tels sont les symptômes de la contusion stomacale. Les choses vont alors se passer différemment. Le plus souvent, sous l'influence du repos et du régime lacté, la blessure gastrique se répare sans laisser de traces ; au bout de quelques jours, une semaine en général, quelquefois moins, rarement plus, tous les troubles disparaissent et le malade peut reprendre progressivement son alimentation et ses occupations habituelles.

Parfois, une amélioration notable s'est produite (obs. XLII, XLVI, XLVIII) ; le malade s'est départi du régime sévère auquel il était astreint, mais, au bout d'un temps plus ou moins long, quelques semaines en général, apparaissent des symptômes graves : l'ulcération est constituée.

Le plus souvent, les signes d'ulcère se substituent insensiblement à ceux de la contusion. Les douleurs changent de caractères. Elles étaient *diffuses*, *continues*, *obtuses*. Elles deviennent *intermittentes*, apparaissent peu après l'ingestion des aliments ou, au contraire, plus tardivement, comme les choses se passent dans les cas d'ulcère de la région pylorique. Elles se *localisent* nettement et s'irradient vers le rachis. Elles prennent enfin les *caractères spécifiques* de fixité, avec sensation de brûlure ou de transfixion, propres à l'ulcère rond. L'hématémèse brutale du début est remplacée par une gastrorrhagie souvent plus discrète, qui ne se manifeste parfois que par la présence de sang dans les selles, mais peut aussi mettre en danger les jours du malade par son abondance et la répétition. L'intolérance gastrique, enfin, détermine des nausées, des éruc-

tations, des vomissements plus ou moins acides et survenant surtout après les repas.

Douleurs très vives avec des paroxysmes provoqués par l'ingestion des aliments et des irradiations caractéristiques xiphoïdienne et rachidienne ; gastrorrhagie variable suivant l'importance du vaisseau ulcéré et se manifestant par l'hématémèse et le melæna ; intolérance gastrique caractérisée par des vomissements acides qui surviennent après les repas et procurent d'ordinaire un soulagement à la douleur la plus atroce ; enfin, troubles dyspeptiques divers : inappétence, nausées, éructations acides, pyrosis ; tels sont, en un mot, les signes fonctionnels de l'ulcère traumatique de l'estomac. Ils ne diffèrent en rien de ceux de l'ulcère spontané ; aussi nous ne nous attarderons pas à des descriptions inutiles.

L'allure clinique au contraire mérite de retenir notre attention. Comme l'a fait remarquer Richardière, l'affection peut évoluer *rapidement*, d'une façon aiguë, ou *lentement*, d'une façon chronique.

Quelquefois, en effet, après un temps variable de quelques jours (obs. XXI, XXII) à quelques semaines (obs. XIX, XX), la *mort* survient soit à la suite d'une hémorragie foudroyante, soit par péritonite consécutive à une perforation. Plus souvent (18 fois), l'évolution rapide est favorable et la lésion *guérit* après un temps qui varie de quelques semaines à quelques mois, six mois environ.

Dans la majorité des cas (42), l'affection revêt une allure *chronique*. L'ulcération n'a pas tendance à se ci-

catriser ; elle le fait parfois (9 cas), après des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; d'ordinaire, elle reste stationnaire ; rarement enfin (4 fois), elle conduit à la mort. Dans ces cas à allure chronique, l'ulcère traumatique ne diffère, ni par ses symptômes fonctionnels, ni par son évolution, de la maladie de Cruveilhier ; nous allons voir qu'il en possède aussi les signes objectifs.

Le chimisme gastrique a été rarement pratiqué dans les cas d'ulcère traumatique de l'estomac. Toutefois, en 1895 et en 1896 (obs. XXXIX et LIII), R. Stern avait constaté, après l'administration du repas d'épreuve d'Ewald, une diminution, au début, puis une augmentation de l'acidité totale du suc gastrique. En 1909, M. le Dr Œttinger, observant trois nouveaux cas (obs. XL, XLI et LVII), s'attacha particulièrement à l'étude des troubles de la sécrétion stomacale. Il trouva d'une façon constante « une excitation glandulaire très marquée, caractérisée par une *forte hyperchlorhydrie* ; le taux de l'acidité totale était voisin de 4 °/₀₀ et dépassait même une fois ce chiffre ; le taux de l'HCl libre variait de 1 à 3 °/₀₀. En même temps, le pouvoir peptique était très accentué puisque, évalué d'après la méthode de Mette, il donnait les chiffres 21, 16, 18 ».

« Enfin, fait observé dans l'ulcère simple de l'estomac, le tubage à jeun permettait d'extraire une quantité de liquide variant de quelques centimètres cubes à 90 centimètres cubes, liquide ne contenant aucun débris alimentaire, mais présentant tous les caractères du suc gastrique : acidité élevée, HCl libre en grande quantité,

pepsine, etc... » D'après Soupault, ce fait serait fréquent dans un grand nombre d'ulcères gastriques situés au voisinage de la région pylorique et provoquant un spasme avec rétention.

En outre, les trois cas précités ont permis à M. le Dr Œttinger de vérifier l'existence d'un symptôme auquel il attache une très grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic de l'ulcère de l'estomac : la présence, dans les selles, d'*hémorragies occultes* révélées par l'examen microscopique ou mieux encore par le spectroscope et par diverses réactions chimiques (réactions de Meyer, de Weber, etc.) dont la valeur est toutefois peut-être un peu surfaite et dont la description sortirait du cadre que nous nous sommes tracé. « Leur présence démontre que l'ulcère n'est pas cicatrisé, alors que les douleurs ont presque entièrement disparu et qu'on pouvait songer à la guérison. » Cette recherche des hémorragies intestinales occultes est d'autant plus utile pour éclairer le diagnostic que, rarement il est vrai, l'hématémèse peut manquer ; cette absence a été constatée dans les observations XIX et XLI. Or, dans le premier de ces cas, l'autopsie a permis de vérifier la nature ulcéreuse de la lésion.

Nous pourrions, tout en restant fidèle aux observations, décrire à l'ulcère traumatique plusieurs formes cliniques : forme hémorragique, forme vomitive, forme gastralgique, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme.

Enfin, l'ucère de l'estomac consécutif à une violence extérieure peut aussi donner lieu à des complications

diverses ; tantôt, elles se produisent au cours de son évolution : *abcès* et *fistule* ; tantôt, elles sont consécutives à sa cicatrisation : *sténose du pylore* avec lésions sclé-reuses périgastriques. L'histoire clinique permet en général de reconstituer l'enchaînement des faits. La contusion stomacale a déterminé une blessure de la muqueuse, puis une ulcération caractérisée par ses signes habituels ; cette ulcération a pu s'infecter et donner lieu à un abcès (obs. LXIV) ; elle a pu, limitant son action par des adhérences protectrices, ulcérer la paroi abdominale et produire une fistule (obs. LXIII). Enfin, la rétraction cicatricielle détermine quelquefois une sténose du pylore avec tout son cortège symptomatique : dilatation gastrique, vomissements, amaigrissement (obs. LVIII, LIX, LX, LXI et LXII).

L'autopsie du cas de Potain (obs. XXXII) nous éclaire sur la pathogénie de ce processus sténosant, avec cette différence que le rétrécissement siégeait en pleine paroi stomacale et non pas à la région pylorique.

Avant de terminer cette étude symptomatologique, nous croyons utile d'indiquer *quelques faits qui semblent particuliers* à l'ulcère traumatique ; nous voulons parler de la fréquence de la dilatation gastrique, d'une part, et de l'existence de troubles cardiaques et pulmonaires qui ne reposent sur aucune lésion anatomique, d'autre part.

Il n'est pas rare de rencontrer au cours des observations que nous avons rassemblées les signes d'une dilatation de l'estomac, quelquefois très marquée : sonorité exagérée et clapotement au delà des limites phy-

siologiques, vomissements plus abondants que les repas précédents. Ce trouble, que l'on observe aussi mais moins souvent peut-être au cours de l'évolution de l'ulcère spontané, est dû à une rétraction cicatricielle ou à un élément spasmodique ; sa fréquence est commandée par la localisation à peu près constante de l'ulcère traumatique au niveau de la région pylorique et de la petite courbure.

En dehors des signes ordinaires d'ulcus, on trouve chez l'une des malades de Rendu (obs. XLVI) des troubles cardiaques (tendance à la syncope et palpitations, altérations du rythme et bruit de galop) que n'explique aucune lésion organique ; il s'agit évidemment là d'un réflexe cardio-gastrique ayant son point de départ dans la sphère du plexus solaire. D'autres malades, celui dont Tapie raconte l'histoire dans l'observation XXXVIII en particulier, présentent un phénomène à peu près analogue : une toux incessante, sans altération du parenchyme pulmonaire ou de la plèvre ; il faut sans doute chercher la raison de cette toux dans un réflexe ayant pour voie de conduction le nerf pneumogastrique.

Enfin, nos blessés n'échappent pas à la règle générale. Les préoccupations d'une situation non réglée judiciairement, l'incertitude du procès en cours, le souvenir inconsciemment entretenu d'une douleur ancienne déterminent des troubles nerveux dus à l'autosuggestion qui se superposent à la lésion gastrique, en altèrent la pureté et en masquent les signes. Quelques malades, ceux de Stern et du Dr Œttinger en particulier, ont présenté des symptômes d'ordre psychique des plus nets

(émotivité, anesthésie ou hyperesthésie cutanée) dont le médecin-expert devra tenir compte lors de l'examen destiné à fixer la nature et la durée de l'incapacité de travail.

En résumé, les symptômes fonctionnels et les signes physiques sont les mêmes pour l'ulcère simple spontané de l'estomac et l'ulcère traumatique. L'identité clinique des deux lésions ne peut être mise en doute, tout en tenant compte de certaines particularités déterminées précisément par la nature traumatique de l'affection.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

L'identité clinique dont nous venons de parler a été considérée, par un grand nombre d'auteurs, comme insuffisante à établir la réalité de l'ulcère traumatique de l'estomac. L'observation publiée par Potain en 1856 et restée un modèle du genre apportait bien, il est vrai, la vérification anatomique. Mais ce cas, longtemps isolé, ne suffisait pas à entraîner la conviction ; les uns l'ont considéré comme résultant d'un ulcère ancien réveillé par une contusion épigastrique ; d'autres ont nié purement et simplement l'authenticité du traumatisme. Ce fait de Potain est aujourd'hui confirmé par d'autres. Nous avons réuni huit observations dans lesquelles l'autopsie a permis de vérifier l'existence d'un ulcère consécutif à une violence extérieure (dans l'une d'elles, due à Pauly, il s'agit d'un ulcère duodénal voisin du pylore). Quatre fois, la mort est survenue rapidement, en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines, soit par péritonite après perforation (obs. XIX, XX), soit à la suite d'hématémèses abondantes et répétées (obs. XXI et XXII).

Les trois autres cas (obs. XXXI, XXXII, XXXIII)

ont trait à des ulcères à évolution lente. Dans l'un d'eux, dû à l'extrême obligeance de M. le Professeur Thoinot et qui a été le point de départ de ce travail, la lésion était cicatrisée et guérie au moment de la mort qui fut occasionnée par une tuberculose pulmonaire très étendue ; ce fait n'en constitue pas moins un document aussi et même plus concluant que celui qui fut rapporté par Potain, car, ici, l'authenticité du traumatisme ne peut être niée. Nous croyons devoir rattacher à ces cas qui ont été l'objet d'une autopsie les observations de Limont-Page, Lexer, Krönlein et Hannecart, dans lesquelles l'intervention chirurgicale a permis de constater l'existence d'un rétrécissement du pylore d'origine traumatique, dû à une rétraction cicatricielle. Enfin, l'observation d'Abercrombie, relative à un abcès de l'estomac avec fistule gastro-intestinale, constitue elle aussi une vérification anatomique. Ces documents vont nous fournir les éléments nécessaires à l'étude anatomo-pathologique de l'ulcère traumatique de l'estomac.

Tout d'abord, quelles sont les *altérations primitives* de la paroi stomacale déterminées par une contusion de la région épigastrique ou par un effort violent ? Ces lésions ont été observées, d'une part, dans les autopsies de sujets victimes d'un grave traumatisme, morts peu de temps après l'accident, sans d'ailleurs que les altérations de l'estomac aient joué un rôle dans le mécanisme de la mort, et, d'autre part, au cours des observations expérimentales dues à Ritter, Vanni et Torné. Il s'agit, suivant les cas, d'une solution de continuité ou des lésions contusives.

La *solution de continuité* peut affecter une ou deux membranes de la paroi gastrique ou les trois à la fois ; le plus souvent, la muqueuse est intéressée avec intégrité ou altération de l'une des deux autres tuniques : séreuse et musculeuse.

La *contusion* s'observe à des degrés différents ; tantôt, elle ne produit qu'une infiltration hémorragique, une simple *ecchymose* sous-muqueuse, tantôt, elle détermine un véritable *décollement* de la muqueuse (Rehn et Hoffmann) avec mortification des tissus et épanchement sanguin quelquefois considérable (trois litres dans un cas observé par Ziegler), d'autres fois enfin, elle provoque la désorganisation complète des tuniques de l'estomac.

Examinons maintenant les caractères anatomiques de l'ulcère traumatique constitué.

L'ulcère de l'estomac consécutif à un traumatisme siège de préférence au niveau de la *petite courbure*, sur la paroi postérieure de l'organe, non loin du pylore ; l'ulcère spontané choisit également cet endroit pour naître et évoluer.

De multiples raisons ont été invoquées pour expliquer cette localisation constante, vérifiée aussi dans les observations expérimentales ; elle nous paraît commandée par le siège de la lésion primitive (plaie, décollement ou ecchymose de la muqueuse), point de départ du processus ulcéreux. Nous n'hésiterons pas à nous ranger à l'avis du Dr Rendu qui, dans les *Annales de médecine* de l'année 1893, explique cette préférence de la manière suivante : « La raison anatomique de cette localisation,

c'est que la petite courbure est la région la moins mobile de l'estomac. La grande courbure et les faces se déplacent dans l'abdomen ; au contraire, la petite courbure entre un point inextensible, le cardia, et un autre point très peu mobile, le pylore, est à peu près fixée. De sorte que, quoique recouverte par le diaphragme, c'est une des régions les plus exposées de l'estomac. De plus, en cet endroit, la muqueuse est beaucoup plus adhérente au tissu sous-jacent, d'où difficulté de glissement. » En somme, la petite courbure à peu près fixe est moins capable que les points mobiles de résister aux traumatismes ; cette raison, tirée de l'immobilité relative de la région atteinte, est très simple et satisfait fort bien l'esprit.

On peut entrevoir d'autres causes déterminant cette fixité dans la localisation de la blessure gastrique. Potain, et cette opinion a été reprise par de nombreux auteurs, pense que c'est la forme générale de l'estomac qui commande le siège de la lésion primitive. La disposition de l'organe serait comparable à celle d'un manomètre à spirale de Bourdon : le tube contourné composant celui-ci tend à se redresser sous l'influence de la pression intérieure ; la même chose se passe dans l'estomac et, si on augmente la pression du contenu gastrique, la petite courbure qui possède le plus faible rayon se rompra la première.

Plus récemment, Cavaillon et Leriche (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 31 mai 1908) ont observé une rupture spontanée de l'estomac dans une sténose cancéreuse du pylore et découvert un véritable

point faible dans les parois de l'organe, au niveau de la petite courbure, vers la ligne médio-gastrique ; c'est en ce point que se fait la rupture après insufflation de l'estomac cadavérique.

Enfin, on peut admettre plus simplement que la petite courbure est spécialement lésée parce qu'elle est prise entre le traumatisme transmis par les aliments contenus dans l'estomac et la colonne vertébrale ; d'autre part, l'ampliation physiologique de l'organe par les matières alimentaires a pour effet d'effacer les nombreux plis de la muqueuse et il devient alors facile de comprendre que, sous l'influence d'une distension excessive occasionnée par le traumatisme, la muqueuse se rompra là où les plis sont le moins prononcés, c'est-à-dire dans la région de la petite courbure.

Cette même disposition de la surface intérieure de l'estomac peut intervenir plus tard et favoriser, au niveau de la petite courbure, l'évolution du processus ulcéreux. Supposons en effet qu'une violence extérieure ait produit une blessure de la paroi antérieure ou de la grande courbure ; cette blessure pourra être recouverte par les nombreux replis de la muqueuse, échapper ainsi à l'action digestive du suc gastrique et se cicatriser. Il n'en sera pas de même au niveau du pylore, de la petite courbure ou du duodénum ; pour peu que la lésion soit étendue, elle ne pourra plus se dissimuler dans les sillons qui sont là moins nombreux et moins accentués : elle sera donc exposée à l'auto-digestion.

En résumé, toutes ces raisons concourent à localiser l'ulcère traumatique à son point de prédilection, la pe-

tite courbure, les unes en favorisant à ce niveau la blessure de la muqueuse, les autres en s'opposant à la cicatrisation de l'altération primitive.

L'ulcère traumatique de l'estomac est d'ordinaire *unique* ; toutefois, l'autopsie rapportée par Fertig (obs. XXII) révéla la présence de trois ulcérations qui se trouvaient, sur une même ligne, au niveau de la petite courbure et dont l'une avait intéressé l'artère coronaire stomachique. Sa forme est variable ; elle peut être circulaire (Carrière), elliptique ou ovalaire (Potain, Thoinot), on encore tout à fait irrégulière. Ses dimensions oscillent entre un demi-centimètre et cinq à six centimètres au maximum ; l'ulcère n'occupe pas inévitablement toute l'étendue de la lésion primitive ; dans le cas rapporté par Potain, la déchirure avait laissé une cicatrice très étendue qui rétrécissait l'organe à sa partie moyenne alors que l'ulcération ne siégeait qu'à la petite courbure.

Sur l'ulcère récent, les bords sont taillés à l'emporte-pièce, nets, réguliers et constitués par une muqueuse apparemment saine. La profondeur est variable et le fond est constitué soit par la musculeuse, soit par la sous-séreuse ; il n'est pas rare de trouver, sur le fond ou dans l'épaisseur des bords, un vaisseau ouvert qui a pu donner naissance à une hémorragie mortelle. La perforation, quand elle existe, est ordinairement de petites dimensions. Les caractères microscopiques de l'ulcère traumatique récent nous sont fournis par l'observation XXI due à Forgue : « la muqueuse et la sous-muqueuse ont complètement disparu ainsi qu'une par-

tie de la tunique musculeuse. Aux confins de la perte de substance, on constate que la *muscularis mucosæ* est recroquevillée et que les artères et les veines, dont

Coupe de l'estomac (Obs. XXI) aux confins de l'ulcère traumatique qui a entraîné la mort. — On voit la muqueuse, *la muscularis mucosæ* et la sous-muqueuse nécrosées. Le processus de destruction s'étendait presque jusqu'au péritoine au centre de l'ulcère. — *M* muqueuse ; *Mus.*, *muscularis mucosæ* rompue et recroquevillée ; *FC* et *FL*, fibres musculaires, circulaires et longitudinales ; *P*, péritoine ; *A*, artère atteinte d'endo-périartérite.

Figure et légende extraites de la *Revue de Chirurgie* (10 octobre 1903.)

les parois sont envahies par des leucocytes, présentent des lésions d'endo-périartérite et d'endo-périphlébite. » Il s'agit en somme de lésions analogues à celles de l'ulcère spontané au début (*V. fig.*).

Au contraire, dans l'ulcère ancien, les bords sont épais, irréguliers, formés par un bourrelet calleux dû à la condensation et à l'épaississement des tissus voisins avec lesquels il se prolonge plus ou moins loin ; il est très difficile de reconnaître dans les parois de l'ulcération les diverses tuniques de l'organe. Le fond est plus ou moins induré et réuni par des adhérences aux organes voisins.

Nous n'insisterons pas sur les lésions extérieures à l'estomac : péritonite, périgastrite, etc., pour nous arrêter un instant à la cicatrice de l'ulcère guéri qui laisse sur la paroi stomacale une trace indélébile et permet de faire le diagnostic rétrospectif. Notre observation XXXI peut servir de type à la description. La partie moyenne de la petite courbure présente une plaque cicatricielle ne faisant ni saillie, ni dépression, mais tranchant par sa couleur blanche et nacrée et son aspect uniforme sur tout le reste de la muqueuse. Cette plaque cicatricielle représente une étoile à plusieurs branches irrégulières, à grand diamètre vertical de 6 centimètres et à diamètre transversal de 3 centimètres 1/2. En dehors de cette plaque, la muqueuse est plissée et les plis forment autant de rayons divergents à partir de la cicatrice. Il semble qu'il y ait eu une traction produite par la cicatrice attirant à elle la muqueuse environnante (*V. fig.*).

Cette rétraction cicatricielle, très manifeste aussi dans le cas observé par Potain, s'est exercée avec une telle intensité qu'elle a réduit les dimensions de l'organe au point de lui donner l'aspect d'un estomac d'enfant ; il mesure, en effet, après incision suivant la grande cour-

bure, 20 centimètres du cardia au pylore et 13 centimètres d'un bord à l'autre.

Ce fait nous explique qu'il ne soit pas rare de voir

Estomac de M... (Photographie d'un moulage d'après nature conservé à la Morgue de Paris). Après incision faite sur la grande courbure, la face antérieure de l'organe a été relevée autour de la petite courbure comme charnière de façon à rendre visible toute la surface intérieure de l'estomac étalé.

Py. — Pylore ; ca. — Cardia ; cic. — Cicatrice étoilée siégeant sur la petite courbure et attirant à elle la muqueuse environnante.

apparaître une sténose du pylore après un ulcère traumatique de l'estomac, surtout s'il s'agissait primitivement de déchirures étendues.

PATHOGÉNIE

Un traumatisme de la région épigastrique, survenu dans des conditions déterminées, peut donc produire une blessure de l'estomac qui, en règle générale, guérit rapidement sans laisser de traces ultérieures, mais qui peut aussi quelquefois se compliquer d'un ulcère gastrique en tous points semblable, par ses symptômes et ses caractères anatomiques microscopiques et macroscopiques, à l'ulcère spontané.

Il est intéressant de rechercher quelles sont les conditions pathogéniques qui président à la transformation de la lésion primordiale, banale (solution de continuité ou ecchymose) en une affection spécifique.

De nombreuses expériences ont été faites pour élucider cette question. Nous les classerons en deux catégories, suivant que l'expérimentateur a pratiqué des violences extérieures au niveau de l'épigastre ou que la muqueuse de l'estomac a été lésée directement.

1° *Traumatismes extérieurs.* — En 1888, Ritter, dans ses expériences sur des chiens, put produire des hémorragies, des décollements de la muqueuse stomacale et

conclut que l'évolution de ces lésions vers l'ulcération est soumise à une hyperacidité du suc gastrique.

L'année suivante, Vanni reprit, en les variant, les expériences de Ritter. Aux lapins d'une première série il donna, avec un petit marteau de bois, un coup unique et violent sur la région épigastrique, l'estomac étant plein et dans le milieu de la période digestive ; il obtint des déchirures de la muqueuse, suivies quelquefois d'un processus ulcératif allant jusqu'à la musculeuse.

Dans une seconde série d'expériences, les animaux étant toujours en état de réplétion stomacale, il frappa sur l'épigastre de petits coups répétés ; il produisit alors des hémorragies interstitielles ou sous-muqueuses et, par places, des pertes de substance autour desquelles on pouvait observer une réaction inflammatoire due, sans aucun doute, à l'action ultérieure de parasites sur la lésion ulcéreuse primitive. Les lapins de la troisième série, soumis au même traumatisme que ceux de la première, mais après un jeûne de trois jours, n'ont présenté qu'une seule fois une irritation inflammatoire circonscrite. Vanni conclut de ces expériences que l'ulcère n'est pas le résultat d'une inflammation mais d'une déchirure, d'un infarctus hémorragique ou d'une anémie spasmodique d'un point de la muqueuse sur lequel agirait ensuite le suc gastrique.

Plus récemment, en France, en 1893, Torné, par des expériences à peu près analogues pratiquées sur des chiens, a obtenu six fois sur dix des résultats positifs ; il a constaté « une perte de substance plus ou moins grande de la muqueuse stomacale, correspondant à une

plaque ecchymotique de la surface externe. L'examen microscopique a permis de vérifier que la lésion, qui a isolé presque entièrement un lambeau de la muqueuse par un sillon circonférentiel, n'atteint que la muqueuse, qu'il y a atrophie glandulaire sur les bords de la perte de substance et un commencement de bourgeonnement de la sous-muqueuse. En somme, le traumatisme a déterminé des lésions qui réunissent les conditions anatomiques pour la réalisation de l'ulcère stomacal ».

2° *Traumatismes exercés directement sur la muqueuse.* D'autres expérimentateurs ont irrité directement la muqueuse.

Quincke (1882) a montré que, sur des chiens porteurs d'une fistule gastrique, on pouvait produire des ulcérations de l'estomac à l'aide de traumatismes variés : pincement de la muqueuse, constriction temporaire ou permanente par un fil, attouchement par des fers chauds, cautérisation à l'alcool ou au nitrate d'argent, excision d'un lambeau de la muqueuse, etc. Ayant d'autre part constaté la lenteur de la cicatrisation chez des chiens rendus anémiques par des saignées successives, il fit jouer à l'anémie le rôle le plus important dans la production de l'ulcération.

Decker opéra, en 1887, sur deux chiens anesthésiés. A l'aide d'une sonde œsophagienne, il déposa dans l'estomac une petite quantité d'eau bouillie à 50° ; il renouvela l'expérience quatre fois chez l'un et huit fois chez l'autre. Le premier animal présenta une muqueuse d'aspect normal, sauf en un point voisin du pylore où l'on constata une plaque d'hyperhémie large d'un centimè-

tre environ et due à une extravasation sanguine sous-muqueuse. La muqueuse de l'estomac du second chien montra sur la face postérieure une hémorragie sous-muqueuse avec un léger décollement de la muqueuse d'ailleurs atrophiée. De plus, près du pylore, on trouva deux pertes de substance « infundibuliformes, à bords nettement découpés, présentant à l'œil nu tous les caractères d'un ulcère rond et au microscope une destruction complète des tuniques muqueuse et musculaire. Ce sont donc bien, en réunissant les deux autopsies, les trois stades de l'ulcère simple : 1° infiltration hémorragique avec intégrité de la muqueuse ; 2° infiltration hémorragique avec altération de la muqueuse ; 3° destruction complète de la muqueuse et de la musculeuse. »

Plus récemment, en 1902, A. Schmidt (de Bonn) constata que les plaies pratiquées à la surface de la muqueuse de l'estomac ne tardaient pas à être recouvertes par les nombreux plis de la surface intérieure de l'organe et soustraites ainsi, dans une certaine mesure, à l'action digestive du suc gastrique. En empêchant cette contraction, il a vu des lésions superficielles, habituellement bénignes, se transformer en plaies plus profondes et plus lentes à se cicatriser. Or, la muqueuse gastrique est très peu plissée et plus adhérente aux plans profonds au niveau du pylore et de la petite courbure ; nous avons déjà vu que cette disposition anatomique pouvait déterminer la localisation de l'ulcère. A. Schmidt conclut que le défaut de contraction de la muqueuse par atonie musculaire doit jouer un rôle important dans la pathogénie de l'ulcère gastrique.

En 1906, Fieber a combiné l'action du traumatisme et de l'oblitération artérielle. Après avoir lié quelques vaisseaux, il fit une plaie dans le territoire de la muqueuse stomacale qu'ils irriguaient et obtint, d'une façon à peu près constante, des ulcérations persistantes. Ces expériences ont été reprises, quelques années plus tard, par Litthauer et ont donné des résultats sensiblement analogues.

Nous croyons enfin devoir rattacher à ces faits expérimentaux les observations toutes récentes de Payr (1910), bien que le mécanisme du traumatisme soit un peu différent : l'altération primordiale de la muqueuse est obtenue par l'action directe de substances irritantes portées à l'intérieur des tissus. Chez le chien et le lapin, Payr injecte dans la paroi stomacale, à une profondeur variable, quelques centimètres cubes d'une solution chlorurée à 50°-60° ou d'alcool à 50 °/₀. Fréquemment, il obtient ainsi des lésions offrant une réelle analogie avec celles de l'ulcère rond humain et passant par trois stades différents : 1° nécrose, 2° ulcère récent entamant la muqueuse, 3° ulcère chronique profond et adhérent aux organes voisins.

En somme, nous retrouvons dans ce rapide exposé des observations expérimentales la plupart des hypothèses qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie de l'ulcère spontané : oblitération artérielle, spasme vasculaire, anémie, hyperacidité, etc. Nous ne passerons pas en revue toutes les théories émises à cet égard. Une chose semble évidente : qu'il s'agisse d'une déchirure ou de la chute d'une escarre, la blessure primitive, faite

à la muqueuse de l'estomac par le traumatisme, est attaquée par le suc gastrique ; il se fait un processus de *destruction par auto-digestion*.

Pourquoi ce phénomène ne se passe-t-il que dans quelques cas, somme toute, exceptionnels ?

L'hypothèse de l'hyperacidité gastrique mise en avant par Ritter a été reprise par Richardière. « Les expériences, dit-il, prouvent que le seul traumatisme n'est pas suffisant pour produire un ulcère simple. Pour que cet ulcère se forme, il est nécessaire qu'un autre élément pathogénique intervienne : cet élément réside dans l'hyperchlorhydrie. Lorsque le suc gastrique a sa composition normale, les lésions de l'estomac se réparent avec la même rapidité que les plaies superficielles des autres organes. Lorsque l'acide chlorhydrique est en excès, il empêche la cicatrisation et transforme la plaie la plus simple à l'origine en une plaie spécifique, en un ulcère rond ». Dumény pense de même qu'il faut incriminer une hyperchlorhydrie soit préexistante, soit consécutive au traumatisme. Cette hypothèse est purement théorique. Non seulement le chimisme gastrique a été peu de fois pratiqué au début de l'affection, mais encore Stern a constaté, à ce moment, une diminution sensible de l'acidité. D'autre part, il n'est pas prouvé que la seule action du choc porté sur l'estomac soit suffisante pour déterminer l'hyperchlorhydrie.

Pour M. le Dr Œttinger, la muqueuse gastrique résiste au processus d'auto-digestion parce que l'estomac vide son contenu par intervalles et que sa sécrétion est intermittente ; partant de ce principe, il explique la produc-

tion de l'ulcère consécutif à un traumatisme par des troubles apportés à la sécrétion et à l'évacuation gastriques. « La lésion traumatique de la muqueuse ou de la sous-muqueuse, dit-il, siège le plus fréquemment sur la petite courbure, non loin du pylore. Elle peut, dans un certain nombre de cas, guérir comme guérirait une plaie banale. Mais si, comme le fait a été observé, la motricité de l'estomac a été troublée par l'action du traumatisme, soit qu'il s'agisse d'une sorte de parésie, soit que la lésion voisine du pylore provoque un spasme réflexe de cet orifice, la partie traumatisée de la muqueuse, pour peu qu'elle soit étendue et qu'il n'y ait pas rétraction des bords de la plaie, ne tardera pas à subir l'action digestive et corrosive du suc gastrique retenu dans la cavité stomacale. L'ulcère une fois développé, le spasme pylorique n'offre aucune tendance à s'atténuer, au contraire. La gêne qu'il apporte à l'évacuation de l'estomac, la rétention minime peut-être de débris alimentaires exalte l'excitabilité glandulaire ; l'examen de l'estomac dénote, d'une part, la présence de liquide acide à jeun et, d'autre part, une sécrétion abondante de suc gastrique après le repas d'épreuve (voir les observations XL, XLI et LVII). Il est évident qu'un trouble gastrique antérieur, un état latent d'hyperchlorhydrie favoriserait singulièrement le développement de l'ulcère après un traumatisme, mais il n'est probablement pas nécessaire que ce facteur intervienne d'une façon constante ». Ce rôle des troubles apportés dans la motricité de l'organe par le traumatisme a été mis en évidence avec une grande netteté dans les expériences de A. Schmidt.

La restriction qu'apporte M. le Dr Œttinger, à la fin de son exposé pathogénique, sur le rôle éventuel d'une hyperchlorhydrie préexistante, semble nous donner la note juste ; il est vraisemblable que plusieurs causes joignent leur action pour empêcher la plaie initiale traumatique de se cicatriser et en faire un ulcère stomacal classique.

On ne peut nier la part prépondérante qui revient à l'exagération du pouvoir digestif du suc gastrique dans le mécanisme pathogénique de l'ulcus ; mais, sans aucun doute, ce facteur ne suffit pas à lui seul pour créer l'ulcère rond. Les malades atteints d'hyperchlorhydrie sont nombreux et l'ulcère est relativement rare. En outre, il semble difficile d'admettre que nos 73 sujets, porteurs d'un ulcère traumatique de l'estomac, présentaient des troubles antérieurs de la fonction stomacale (hyperchlorhydrie et hypersécrétion) d'une façon si absolument latente qu'ils n'avaient, pour la plupart, jamais souffert du moindre désordre dyspeptique avant l'accident dont ils ont été victimes.

A l'état normal, la défense de la muqueuse de l'estomac contre l'attaque du suc gastrique est due à un équilibre fonctionnel résultant de l'intégrité anatomique de ses éléments, d'une part, et de l'accomplissement normal de tous ses actes physiologiques, d'autre part.

Au lieu de vouloir faire jouer à tel ou tel facteur un rôle exclusif dans la protection de la muqueuse stomacale contre l'action corrosive du suc gastrique, n'est-il pas à la fois plus simple et plus vraisemblable d'admettre que la paroi de l'estomac résiste à l'auto-diges-

tion tant que les tissus qui la composent sont sains (épithélium intact, innervation et circulation non altérées) et tant que les conditions physiologiques de l'organe ne sont pas troublées (motricité, sécrétion et évacuation régulières) ?

Cette théorie éclectique, esquissée depuis longtemps déjà par Brinton et Jaccoud, satisfait pleinement notre esprit et va nous permettre de saisir le mécanisme pathogénique de l'ulcère stomacal consécutif à une violence extérieure.

Le traumatisme a créé un *lieu de moindre résistance* au niveau du point intéressé par la déchirure ou l'infiltration hémorragique de la muqueuse. Dans les deux cas, il y a solution de continuité ; elle est immédiate et directe s'il s'agit d'une déchirure, elle est indirecte et plus tardive dans la seconde hypothèse : il se produit alors de la stase veineuse, des troubles trophiques, vasculaires et nerveux, de la muqueuse dus à l'attrition des tissus, d'où nécrose, mortification et chute des parties ecchymotiques. Cette élimination, confirmée par les autopsies et les observations expérimentales, est parfois relativement rapide ; elle s'est produite en l'espace de trois jours dans un cas rapporté par Forgue (obs. XXI) et après cinq jours dans l'observation XXII, due à Fertig. A ces troubles macroscopiques s'ajoutent des désordres plus intimes ; le traumatisme a pu déterminer des modifications dans la constitution protoplasmique des éléments gastriques et des troubles dans l'innervation qui auront un retentissement sur l'activité glandulaire et la motricité de l'organe.

Quoi qu'il en soit, les parois stomacales dépouillées de leur épithélium et atteintes dans leur vitalité sont en contact avec le suc gastrique. Elles peuvent encore échapper à son action digestive si leur résistance n'est pas trop diminuée et si les conditions physiologiques de l'estomac restent ce qu'elles étaient avant l'altération. Mais au contraire, si le siège, l'étendue ou la gravité de la lésion primitive déterminent des troubles de la motilité dus à un élément spasmodique mis nettement en évidence par M. le Dr Œttinger ; si l'intensité de la contusion a produit des désordres nerveux (atonie post-traumatique, modifications dans l'innervation qui commande à la sécrétion gastrique) ; s'il existait enfin des altérations chimiques dues à une hyperchlorhydrie préexistante, la perte de substance initiale sera exposée à un contact prolongé, donc pathologique, avec un suc gastrique déjà hyperacide ou qui ne tardera pas à le devenir. La réparation intégrale est dès lors impossible. En somme, le traumatisme a provoqué une diminution de la résistance de la paroi stomacale à l'auto-digestion, diminution résultant à la fois d'altérations anatomiques et de désordres physiologiques. La plaie primitive qu'il a créée compromet le jeu normal de l'organe et les troubles fonctionnels qui en résultent entretiennent et exagèrent la lésion traumatique : cercle vicieux dans lequel l'effet exalte l'intensité de la cause.

En résumé, il convient de distinguer dans le mécanisme pathogénique de l'ulcère de l'estomac consécutif à une violence extérieure deux étapes successives : dans la première, le traumatisme a compromis l'intégrité des

parois stomacales ; dans la seconde, certains désordres de la fonction gastrique préexistants ou consécutifs au trauma empêchent l'altération primitive de se réparer. Cette plaie soumise à l'auto-digestion acide tend au contraire à s'accroître : l'ulcère est constitué.

Il est donc nettement établi par la clinique et l'expérimentation qu'un traumatisme gastrique peut être le point de départ d'un ulcère classique, anatomiquement constaté. Cette théorie, très discutée, n'a pas été sans soulever de nombreuses objections.

Tout d'abord, on a fait remarquer que la lésion obtenue au cours des expériences pratiquées sur les animaux avait tendance à guérir rapidement et « qu'elle manquait, pour être assimilable à l'ulcère rond spontané, d'un caractère fondamental : la chronicité ». Nous répondrons que l'ignorance la plus complète règne sur la façon dont auraient évolué les ulcérations expérimentales. Pour le savoir, il eût fallu faire des expériences beaucoup plus longues et laisser vivre les animaux. D'ailleurs, en supposant même qu'elles eussent évolué chez le chien, par exemple, vers une prompte guérison, cela ne prouverait pas que l'estomac de l'homme, porteur de la même altération, eût guéri de la même manière. Il faut tenir compte de certaines différences notables dans la vitalité plus ou moins grande des tissus, dans la qualité du suc gastrique, dans l'alimentation et même dans l'accomplissement des fonctions digestives ; chaque espèce peut avoir un coefficient de résistance propre, capable de faire varier l'évolution d'une même lésion.

La même objection a été portée sur le terrain clini-

que. Un assez grand nombre d'auteurs veulent refuser à l'ulcère traumatique qui guérit rapidement, chez l'homme, le caractère de spécificité propre à la maladie de Cruveilhier qui suit une marche progressive ; ils pensent qu'il ne s'agit pas alors d'un véritable ulcère de l'estomac, mais plutôt d'une ulcération gastrique banale.

Nous ferons remarquer que, quelques rares cas terminés en l'espace de deux ou trois semaines mis à part, la guérison n'a souvent été définitive, en apparence, qu'après quatre, cinq et même six mois d'un traitement rigoureusement suivi. Ce laps de temps dénote déjà une tendance manifeste à la chronicité que n'ont pas les ulcérations banales. Il faut cependant reconnaître qu'une terminaison heureuse, aussi rapide, de l'ulcus spontané est tout à fait exceptionnelle. Cette différence ne constitue pas toutefois un argument suffisant pour refuser aux deux lésions une identité en faveur de laquelle plaide l'analogie des symptômes ; elle peut être expliquée par la précocité du traitement et l'intégrité le plus souvent complète de l'estomac en dehors des troubles introduits par le traumatisme. La violence extérieure, en effet, a surpris un organe d'ordinaire anatomiquement et physiologiquement sain, qui pourra lutter avec d'autant plus de chances de vaincre qu'il recevra d'une façon plus précoce l'aide d'un traitement approprié. Le début de l'ulcère spontané est, en règle générale, insidieux. Les symptômes d'ulcération sont souvent précédés, pendant un temps plus ou moins long, de phénomènes dyspepsiques divers, d'intensité variable, aux-

quels le malade n'attache pas grande importance et qui ne l'obligent pas toujours à avoir recours au médecin ; quand le traitement intervient, il agit sur une lésion organisée d'un estomac dont la vitalité est amoindrie. Au contraire, la soudaineté et la gravité du traumatisme, les phénomènes syncopaux qui accompagnent l'accident, l'hématémèse souvent abondante et les douleurs qui le suivent frappent vivement l'imagination du blessé ; il s'inquiète de son état et réclame aussitôt des soins qu'il appliquera d'une façon rigoureuse. Selon la gravité des désordres, l'efficacité du traitement est variable et la lésion s'arrête à l'un des trois stades : contusion stomacale, ulcère à évolution rapide, ulcère à marche progressive.

Au surplus, pourquoi refuser à l'ulcère traumatique aigu la spécificité accordée à l'ulcère traumatique chronique ? Le processus pathogénique n'est-il pas le même dans les deux cas : plaie d'abord, troubles trophiques et désordres fonctionnels ensuite, ulcération en dernier lieu ? Il semble difficile de rattacher à la simple contusion de l'estomac un tableau clinique qui se déroule plusieurs mois après l'accident.

Quant à la nature des ulcères terminés rapidement par la mort, le doute n'est pas possible. L'autopsie a permis de constater une marche envahissante et destructive qui n'appartient pas aux ulcérations banales. La profondeur de ces dernières ne dépasse pas en général la muqueuse.

On a encore opposé à la théorie traumatique de l'ulcère la façon dont se cicatrisent les plaies chirurgicales

de l'estomac. Cet argument ne présente pas une grande valeur ; on ne peut pas en effet comparer utilement une plaie opératoire linéaire, suturée avec soin, à la solution de continuité qui résulte du traumatisme. Du reste, chez un sujet qui avait subi une gastrostomie pour rétrécissement du cardia consécutif à un ulcère, Terrillon a observé une escarre superficielle cutanée due à l'action corrosive post-opératoire du suc gastrique. En outre, il n'est pas rare de voir se développer un ulcère sur la bouche anastomotique d'une gastro-entérostomie.

Restent enfin deux objections au sujet desquelles nous avons déjà dit un mot.

Quelques auteurs doutent de l'authenticité de l'accident invoqué par le blessé ; partant de ce principe, R. Stern, en particulier, n'accorde pas à la magnifique observation de Potain toute l'importance qu'elle offre. A vrai dire, on ne voit pas la raison qui aurait conduit la malade dont il est question à tromper la bonne foi du médecin ; elle ne réclamait, et pour cause, aucune indemnité et n'avait aucun intérêt à vouloir rattacher à un accident antérieur l'affection dont elle souffrait. Cette objection, sans grande valeur, ne vise d'ailleurs que les cas anciens ; en ce qui concerne les observations récentes, les blessés porteurs d'un ulcère traumatique et réclamant le bénéfice de la Loi sur les Accidents du Travail ont été l'objet d'une enquête judiciaire qui établit d'une manière indiscutable la réalité de l'accident.

En dernier lieu, l'existence indéniable de l'ulcère latent constitue-t-elle une objection sérieuse, capable de battre en brèche la théorie traumatique ? Cet argu-

ment s'est effacé peu à peu devant le nombre sans cesse grandissant des observations. Certes, la preuve qu'il n'existait, avant l'accident, aucune lésion gastrique méconnue est à peu près impossible à établir. Toutefois, cette vérification a été faite dans un cas au moins. Lorsque Forgue opéra son malade (obs. XXI), il prit le soin d'explorer attentivement toute la surface externe de l'estomac ; la face postérieure qui, trois jours plus tard était le siège d'un processus ulcéreux, fut reconnue indemne de toute altération. Bien que cette constatation de l'intégrité stomacale antérieure au traumatisme soit un fait unique, nous croyons pouvoir affirmer que si, au cours des 73 observations que nous avons rassemblées, le traumatisme n'a joué parfois qu'un rôle secondaire de réveil ou d'aggravation, ce fait constitue l'exception et non pas la règle. La fréquence de l'ulcère rond latent n'est pas suffisante pour qu'il soit permis d'en douter ; dans le cas contraire, il faudrait admettre une telle coalition des événements que nous nous refusons à y croire.

PRONOSTIC, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le PRONOSTIC de l'ulcère traumatique de l'estomac est *moins sombre* que celui de l'ulcère spontané. Sur un total de 73 observations, la mort n'est survenue que 8 fois par le fait de la lésion ulcéreuse elle-même et 1 fois du fait d'une maladie intercurrente, soit une proportion de 11 °/₀ dans le premier cas et de 1,3 °/₀ dans le second cas ; la statistique de Brinton, relative à l'ulcère classique, évaluait à 23 °/₀ la mortalité directe et à 27 °/₀ la mortalité indirecte. Ces chiffres sont forcément approximatifs, le sort ultérieur des malades restant souvent ignoré.

La terminaison fatale survient à deux époques de l'évolution. Elle se produit *au début*, quelques jours ou quelques semaines au plus après l'accident ; elle est due à une hématémèse foudroyante ou à une péritonite par perforation. Quand elle arrive *tardivement*, elle reconnaît les mêmes causes que celles qui entraînent la mort consécutive à l'ulcère rond spontané.

La tendance de l'ulcère traumatique à la cicatrisation complète est certainement très grande ; cela tient sans aucun doute à l'intégrité parfois absolue de la muqueuse

gastrique avant l'accident et à la précocité de mise en action des moyens thérapeutiques. Sous l'influence d'un traitement rapide et énergique, on peut espérer une cicatrisation définitive en l'espace de quelques mois. Le plus souvent, toutefois, la lésion passe à l'état chronique. Les chances de guérison diminuent sans pourtant disparaître complètement ; le malade est dès maintenant exposé à l'anémie consécutive aux hémorragies répétées, à la dénutrition progressive, à la cachexie qui favorisent l'implantation et l'évolution d'une infection surajoutée, surtout de la tuberculose (obs. XXXI).

D'ailleurs, la guérison entraîne parfois des suites fâcheuses dont la plus importante est la rétraction cicatricielle qui produira une sténose du pylore ou une biloculation de l'organe, suivant le siège qu'occupait la lésion ulcéreuse. Nous avons suffisamment insisté sur les diverses complications pour qu'il nous soit permis de passer rapidement.

Le DIAGNOSTIC de l'ulcère traumatique comporte une partie clinique pure et une partie étiologique qui sera étudiée plus loin.

Quand les symptômes existent au complet, le diagnostic différentiel ne souffre aucune difficulté ; les éléments en sont les mêmes que pour le diagnostic de l'ulcère spontané et sont décrits dans tous les Traités de Médecine. L'un deux présente une valeur toute particulière : la *gastrorrhagie*. L'hématémèse constitue le symptôme le plus caractéristique de l'ulcère traumatique puisqu'elle est directement sous la dépendance du

processus ulcéreux ; elle manque rarement, mais elle est parfois minime et peut passer inaperçue. A ce propos, nous redirons de quel précieux secours est la recherche méthodique des *hémorragies intestinales occultes*. « Si l'on se met à l'abri de quelques causes d'erreur en ce qui concerne la nature du régime alimentaire, la coexistence d'hémorroïdes internes, de lésions hépatiques augmentant la tension veineuse porte, de lésions rénales, on peut dire que la présence d'hémorragies occultes dans les selles est la règle dans l'ulcère de l'estomac, à la condition que cette recherche soit plusieurs fois répétée chez le même malade. » Ce procédé permet de formuler un diagnostic exact, avant que l'ulcère n'ait détruit les diverses tuniques stomacales et d'instituer un traitement précoce dont l'heureuse influence sur la curabilité n'est pas douteuse.

L'examen attentif de la sécrétion et de la motricité de l'estomac, par le lavage à jeun et l'examen chimique du suc gastrique, constitue aussi un élément de diagnostic très précieux.

Malheureusement cette méthode n'offre pas la bénignité de la recherche précédente ; le tubage peut déterminer une recrudescence des douleurs ou une réapparition des hémorragies. Il faut procéder avec la plus grande prudence, car le malade ne manquera pas de rendre le médecin responsable de ces accidents.

Thiem rapporte quelques procédés de diagnostic imaginés par Bönniger et Einhorn, capables de donner des renseignements précis, mais dont la mise en œuvre n'est pas sans danger.

Bönniger conseille d'introduire dans l'estomac, préalablement vidé par un lavage pratiqué à jeun, 100 à 200 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique au dixième. On secoue le malade de façon à assurer le contact parfait du liquide avec les parois gastriques. Si le malade n'accuse aucune douleur, on peut avec certitude éliminer l'ulcère. La douleur provoquée pour cette expérience peut être suspendue par l'ingestion de lait. L'auteur ne recommande pas cette méthode d'investigation en cas d'ulcère récent.

Einhorn décrit deux procédés qui ne manquent pas d'ingéniosité. Le premier consiste à faire avaler au malade un petit sac en baudruche contenant une certaine masse de gélatine et suspendu à un fil de soie long de 75 centimètres. Le lendemain, à jeun, on retire l'appareil et on examine le fil qui présente une teinte noirâtre à l'endroit où il est entré en contact avec l'ulcération. Ce procédé aurait donné des résultats positifs neuf fois sur onze. Répétée chez trois malades qui n'avaient jamais eu d'hémorragie, l'expérience fut négative ; et cependant, dans deux de ces cas, l'opération permit de vérifier l'existence d'un ulcère.

La deuxième méthode, aussi ingénieuse que violente, comporte plusieurs manipulations. Tout d'abord, à jeun, on introduit dans l'estomac un ballon de coutchouc, de dimensions données et préalablement entouré d'une gaine de gaze fine. Le ballon, relié à l'extérieur par un tube de caoutchouc, est gonflé et maintenu en place pendant une demi-heure. Les parois stomacales s'appliquent exactement sur la surface extérieure de l'appa-

reil, et l'ulcère, s'il existe, imprime en traces sanglantes son image sur l'enveloppe de gaze. Après quoi, on dégonfle, puis on extrait le ballon que l'on regonfle à nouveau. La tache dessinée sur l'étoffe indique à la fois l'existence et le siège de la lésion ulcéreuse. Einhorn conseille de n'employer ce dernier procédé que chez les sujets qui ont l'habitude de pratiquer le lavage de l'estomac, alors que la première expérience est universellement applicable.

La valeur diagnostique de telles recherches ne peut être niée; mais, dans la pratique des accidents du travail, l'emploi de ces procédés par intervention directe est *absolument interdit* à l'expert qui n'a pas le droit de faire encourir au malade même *le plus minime danger*.

Enfin, le diagnostic du siège et des complications de l'ulcère traumatique n'offre rien de spécial qui n'ait été dit à propos de l'ulcère spontané.

Le TRAITEMENT du début sera différent suivant la gravité des symptômes. Si, immédiatement après l'accident, le blessé vomit le sang à pleine bouche, il n'y a pas un instant à perdre; il faut aller rapidement à la recherche de la lésion stomacale, pratiquer l'hémostase des vaisseaux qui saignent et suturer la solution de continuité.

Heureusement, les choses ne revêtent pas souvent une allure aussi tragique. D'ordinaire, l'hématémèse s'arrête spontanément; le malade n'accuse d'autres troubles qu'une douleur plus ou moins vive. Dans ce cas, une sage expectation est plus opportune qu'une intervention chirurgicale.

Suivant les précieux conseils donnés par Cruveilhier, la première condition à remplir est de ménager le repos de l'organe, la deuxième est de neutraliser, dans la mesure du possible, l'acidité des liquides de l'estomac. Ces deux indications thérapeutiques sont réalisées par le repos absolu au lit, la diète au début et le régime lacté dans la suite. « Quand il est bien supporté, disait Cruveilhier, le lait réussit comme par enchantement. » Son administration devra être modérée et progressive.

Il va de soi que l'état général peut faire l'objet d'un traitement spécial, traitement des hémorragies internes : injection de sérum artificiel, administration de morphine qui aura également l'avantage de ralentir les mouvements péristaltiques, etc.

Malgré toutes ces précautions, l'ulcère s'est constitué. Le traitement devient alors celui de l'ulcère rond classique. Le traitement médical (diète et régime lactés, médications alcaline et cicatrisante) est en général suffisant ; la sédation des symptômes une fois obtenue, on reprendra avec prudence une alimentation légère et progressive qui sera celle de la dyspepsie avec hyperchlorhydrie.

Il peut arriver que tous ces moyens restent impuissants à combattre des hématémèses fréquentes et répétées ou des vomissements incessants qui ne tardent pas à mettre en danger la vie du malade. Dans ces cas rebelles à tout traitement médical, l'intervention chirurgicale s'impose ; le procédé opératoire varie suivant la situation, les dimensions, la profondeur de l'ulcère et

suivant la disposition des adhérences qu'il a contractées avec les organes voisins.

Les complications (perforation, hémorragie, sténose du pylore) sont justiciables chacune d'un traitement spécial dont la description sortirait du cadre de ce sujet.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

L'ulcère traumatique peut entraîner une incapacité de travail plus ou moins prolongée ou déterminer la mort. Dans le premier cas, le médecin-expert sera appelé à examiner le blessé qui réclame le bénéfice de la Loi du 9 avril 1898 et à déterminer la nature et la durée de l'incapacité, s'il est établi que la cause de la lésion ulcéreuse doit être rattachée à l'accident invoqué. Dans la seconde hypothèse, il devra dire si la terminaison fatale est la conséquence du traumatisme allégué.

L'expertise médico-légale comprend les questions suivantes :

1° *Y a-t-il ulcère de l'estomac* ?

Il s'agit alors d'un simple diagnostic différentiel au sujet duquel nous avons déjà dit un mot et qui n'offre rien de particulier. Toutefois, le médecin-expert devra se mettre en garde contre deux écueils : la *simulation* et la présence de *troubles nerveux post-traumatiques* qui rendent la symptomatologie obscure et diffuse.

La simulation porte sur le symptôme capital : l'hématémèse. Elle est exceptionnelle ; cependant la littérature allemande en rapporte deux cas des plus nets. Le pre-

mier exemple s'est produit en 1894, dans l'armée allemande; il a été observé par le médecin militaire Druffel. Un soldat fut admis à l'hôpital pour un vomissement de couleur rougeâtre et d'aspect sanglant. Un examen attentif des matières vomies démontra qu'elles ne contenaient aucune trace de sang. Le coupable avoua d'ailleurs qu'il avait mâché, puis avalé des pierres rouges, de nature argileuse, dont on retrouva quelques échantillons dans son sac.

Le deuxième cas de simulation est cité par Erwin Frank, dans son *Traité de médecine* (1907). Un ouvrier de 29 ans, ancien infirmier, morphinomane, eut un vomissement de sang après avoir soulevé, aidé par quatre personnes, un poids de 400 kilogrammes. Il fut transporté à la maison de santé où il avait été jadis infirmier; il y resta quatre semaines en traitement et eut une nouvelle hématémèse sans cause appréciable. Conduit contre son gré à l'hôpital, il accepta, puis refusa l'intervention chirurgicale. On fit le diagnostic d'ulcère traumatique de l'estomac et un jugement accorda au blessé une rente de 50 marks par mois. Le malade mourut d'une pneumonie trois ans et demi après l'accident. A l'autopsie, on trouva dans l'intestin grêle et le gros intestin une assez grande quantité d'aiguilles. L'estomac contenait en outre 30 à 40 clous de différentes longueurs, incrustés dans la paroi et dont l'ensemble pesait 200 grammes environ. La muqueuse gastrique portait plusieurs ulcérations qui avaient donné lieu à des hémorragies. Il ne s'agissait donc pas d'un ulcère traumatique vrai mais de lésions consécutives à l'ingestion

volontaire de corps étrangers vulnérants que le sujet avait avalés dans le but évident de tromper sur la nature de l'affection et de toucher une indemnité. L'enquête ne permit pas d'établir si cette manœuvre avait été pratiquée avant ou après le soi-disant accident par effort.

M. le Dr Œttinger fait remarquer que le diagnostic de l'ulcère traumatique est parfois rendu difficile « par ce fait qu'à des souffrances réelles et des symptômes bien caractérisés se sont surajoutés des troubles nerveux d'ordre émotif, des douleurs dont l'autosuggestion est seule responsable ; le tableau clinique devient tellement obscur qu'on éprouve les plus grandes difficultés à faire la part de l'élément organique et celle des troubles psychiques ». L'obstacle sera facilement levé par la recherche méthodique des hémorragies intestinales occultes et l'examen attentif de la sécrétion et de la motricité stomacales.

2° *Existe-t-il un rapport de cause à effet entre le traumatisme allégué et la lésion gastrique?*

Ce diagnostic étiologique doit être édifié sur l'étude des conditions qui ont présidé au mécanisme de l'accident et sur l'évolution clinique.

Sous réserve du rôle, somme toute exceptionnel, joué par l'effort et la contusion indirecte agissant à distance, il est nécessaire que la violence extérieure ait été appliquée *directement* sur la région épigastrique. D'autre part, il faut, pour altérer la muqueuse de l'estomac, un traumatisme d'une intensité relativement grande, capable de laisser *parfois* une ecchymose cutanée qui possède une réelle valeur diagnostique. Enfin, il n'est pas

sans intérêt de savoir si, au moment de l'accident, le blessé réunissait quelques-unes des conditions étiologiques prédisposantes décrites : état de réplétion de l'organe, état de contraction de la paroi abdominale et du diaphragme, etc.

En outre, pour qu'il soit possible de rattacher la lésion gastrique au traumatisme, il faut que le laps de temps qui s'est écoulé entre l'accident et l'apparition des symptômes ne dépasse pas *quelques semaines;* telle est la formule générale donnée par l'examen des observations. On assiste d'ordinaire à une explosion tumultueuse des signes révélateurs de l'ulcère. Quelquefois, ils se manifestent plus tardivement, mais sont précédés de troubles dyspeptiques mal définis qui permettent de remonter jusqu'à l'accident initial. En tous cas, on ne peut pas mettre sur le compte d'une violence extérieure des désordres qui apparaissent après plusieurs mois ou une année.

3° *Quelles sont les relations qui unissent le traumatisme et l'ulcère ?*

Les combinaisons suivantes sont seules possibles :

a) *le traumatisme a déterminé l'ulcère ;*

b) *il a révélé un ulcère latent ;*

c) *l'ulcération existait avant l'accident qui n'a fait que l'aggraver.*

Les deux premiers groupes n'en font qu'un. La question de l'ulcère latent méconnu, d'ailleurs impossible à trancher, ne se pose pas sur le terrain médico-légal. L'expert n'a pas à tenir compte de cette éventualité ; les conséquences de l'accident, au point de vue de la

réduction de la capacité ouvrière, sont les mêmes dans les deux cas.

Au contraire, l'hypothèse de la rupture et de l'aggravation d'un ulcère antérieur au traumatisme constitue le véritable obstacle. Cette question se pose surtout en présence d'une lésion ulcéreuse consécutive à un effort ou à une violence indirecte ; elle ne pourra être réglée que par un examen rétrospectif prudent, un interrogatoire sagace, souvent difficile, car le blessé a intérêt à dissimuler la vérité.

En cas de mort, surtout si le malade succombe peu de temps après l'accident, on pourra affirmer qu'il s'agit d'une lésion préexistante si l'on trouve à l'autopsie un ulcère à bords épais, calleux et dont l'aspect ne laisse aucun doute sur l'ancienneté du processus.

Enfin, en présence d'une lésion récente, on devra se souvenir qu'il existe des perforations gastriques *post mortem*, faciles à distinguer des altérations d'origine vitale. Ces lésions cadavériques, dont la première description est due à Carswell (1830), s'observent d'ordinaire après l'apparition des phénomènes putréfactifs. Elles sont alors produites par le ramollissement stomacal *post mortem* dont le mécanisme, exposé par Carswell, est devenu classique ; elles siègent en général sur la grande courbure et présentent des bords déliquescents et friables dont l'aspect les différencie nettement des perforations gastriques déterminées par les processus vitaux.

Mais il arrive quelquefois que l'estomac se perfore après la mort, alors même que la putréfaction n'est pas

commencée : ce phénomène a été observé et particulièrement bien étudié par M. le Dr Vibert. « Le Professeur Brouardel, dit-il, a noté que des perforations stomacales *post mortem* s'étaient produites chez deux individus empoisonnés par la strychnine et il pense que cette substance avait provoqué une sécrétion très abondante du suc gastrique. D'autres cas semblent échapper à toute explication, par exemple le suivant que j'ai observé. Un garçon de 19 ans, vigoureux, reçoit un coup de revolver à la tête et ne survit que quelques heures à cette blessure. A l'autopsie, faite avant que la putréfaction ne fût commencée, je trouve trois perforations de l'estomac, presque contiguës les unes aux autres et dont la plus grande mesurait quatre centimètres. Le diaphragme présentait trois perforations qui correspondaient à celles de l'estomac, de sorte que des matières alimentaires étaient épanchées dans la plèvre gauche... Il s'agissait de perforations à bords réguliers, parfaitement nets, intéressant toutes les tuniques au même niveau ; la muqueuse de l'estomac présentait la même consistance et le même aspect qu'à l'état normal en dehors des points perforés. J'ai su que le blessé n'avait pas avalé de substance toxique et n'avait pas reçu de contusions ni d'autres blessures que le coup de revolver... Il est probable qu'au moment de la mort les aliments étaient imprégnés d'une grande quantité de suc gastrique et qu'ils se sont accumulés, en raison de la position donnée au cadavre, en un même point de la muqueuse où s'est concentrée toute l'action du liquide digestif. »

Le diagnostic différentiel entre ces perforations stomacales *post mortem* observées avant le début de la putréfaction et les perforations produites par les processus vitaux n'offre d'ordinaire aucune difficulté. Sans tenir compte de certaines différences, assez peu tranchées et d'ailleurs variables dans le siège, l'étendue et l'aspect général, on pourra affirmer qu'il s'agit de lésions cadavériques si l'examen ne permet de découvrir *aucune trace d'épanchement sanguin* sur les bords de la perforation ni *aucune trace de réaction inflammatoire* péritonéale.

CONCLUSIONS

I. — L'existence d'un ulcère traumatique de l'estomac ne saurait plus être révoquée en doute à l'heure actuelle.

II. — Cet ulcère se développe sous l'influence de la *contusion stomacale* consécutive elle-même : 1° le plus souvent à un traumatisme direct de la région épigastrique ; 2° quelquefois à un traumatisme par contre-coup ; 3° rarement enfin à un effort.

III. — La lésion contusive primitive intéresse la muqueuse gastrique avec intégrité ou altération des autres tuniques stomacales ; elle est immédiate (déchirure directe) ou tardive (nécrose limitée au point contus).

De toutes façons, il y a une *perte de substance* sur laquelle se développe le processus ulcéreux.

IV. — La transformation de la lésion initiale banale en une altération spécifique s'opère sous l'influence de *l'auto-digestion acide* s'exerçant sur un point de la muqueuse gastrique dont la vitalité est amoindrie. L'existence d'une hyperchlorhydrie antérieure favorise le développement de l'ulcération, mais ne constitue pas un facteur indispensable.

Le mécanisme pathogénique est soumis à des causes

multiples (altérations anatomiques, troubles trophiques et sécrétoires, désordres de la motricité et de l'évacuation gastriques) qui toutes dépendent du traumatisme et altèrent l'équilibre fonctionnel de l'organe; elles augmentent l'activité glandulaire et diminuent la résistance des parois stomacales à l'auto-digestion.

V. — L'ulcère traumatique de l'estomac est en tous points semblable par ses signes physiques et fonctionnels, ses caractères anatomiques, ses accidents et ses complications à la maladie de Cruveilhier.

Toutefois, le pronostic en est plus favorable. L'affection ne revêt pas toujours la marche progressive propre à l'ulcère simple spontané ; la guérison, en apparence définitive, peut se produire après quelques mois d'un traitement rigoureusement suivi. Le taux de la mortalité est moins élevé.

VI. — L'expertise médico-légale comporte les questions suivantes :

1° Y a-t-il ulcère de l'estomac ?

2° La lésion ulcéreuse doit-elle être rattachée à l'accident invoqué ?

3° Le traumatisme allégué a-t-il déterminé l'ulcération ou au contraire a-t-il aggravé une affection préexistante ?

Vu : le Président de la thèse,
THOINOT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abercrombie. — *Arch. gén. de médecine* (1824), t. III, p. 447.

Carswell. — Recherche sur la dissolution chimique ou digestive des parois de l'estomac après la mort, suivie de réflexions sur le ramollissement, l'érosion et la perforation de cet organe chez l'homme et chez les animaux. *Journal hebdomadaire de Médecine de Paris* (1830), t. VII, p. 321 et 505.

Richerand. — *Nouveaux éléments de Physiologie* (1833), t. I, p. 12.

Cruveilhier (J.). — *Atlas d'anat. path.* X^e livr., pl. V et VI (1830) ; XX^e livr., pl. V et VI (1835).

— Sur l'ulcère simple chronique de l'estomac. *Revue médicale française et étrangère* (1838), t. I (février), p. 236 ; (mars) p. 352 ; t. III (juillet), p. 24.

Potain. — Ulcère simple de l'estomac, violence extérieure. *Bull. de la Soc. anat. de Paris* (1856), p. 385.

Poland. — *Guy's Hospital Reports* (1858), t. IV, p. 132.

Trousseau. — *Bull. gén. de Thér. méd. et chir.* (1858), p. 274.

Carrière. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris* (1863), 2^e série, t. VIII, p. 121.

Brinton. — *The diseases of the stomach.* Londres (1864). Trad. franç. de Riant (1870).

Trousseau. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu* (1865-1873), t. III, p. 80.

Chauveau. — Lésions traumatiques du tube digestif sans solution de continuité des parois abdominales. *Th. de Paris* (1869).

Caubet. — Contribution à l'histoire de l'hématémèse considérée au point de vue étiologique. *Th. de Paris* (31 janvier 1870).

Longuet. — Mécanisme des lésions de l'estomac par contusion. *Bull. de la Soc. anat. de Paris* (décembre 1875).

Derouet. — Etude sur l'ulcère simple de l'estomac de cause traumatique. *Th. de Paris* (12 mai 1879).

Duplay. — Contusion de l'estomac : accidents immédiats et consécutifs. *Arch. gén. de Méd.* (septembre 1881), p. 339.

Galliard (L.). — Essai sur la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. *Th. de Paris* (27 février 1882).

Quincke. — *Deutsch. med. Wochenschr.* (1882).

Robert. — Considérations sur les contusions de l'estomac. *Th. de Lyon* (24 mai 1882).

Jaccoud (S.). — *Traité de pathologie interne*, 7e édit. Paris (1883), p. 770.

Mallen. — L'estomac au point de vue médico-légal. *Th. de Lyon* (1883).

Leube. — Ulcus ventriculi traumaticum. *Centralbl. für klin. Med.* Berlin (1886), n° 5.

Wittneben. — *Inaug. Dissert.* Würzburg (1886) et Ulcus ventriculi traumaticum. *Hannover med. Zeitung* (1888), VI.

Decker. — *Berl. klin. Wochenschr.* (1887).

Ritter. — Ueber den Einflüss von Traumen auf die Entstehung des Magengeschwürs. *Centralbl. f. klin. Med.* Berlin. (1887), XII.

Terrillon. — Gastrostomie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* (1888), p. 376.

Coull-Mackenzie. — *Indian medic. Gaz.* (oct. 1889).

Ferrannini. — *Trattato italiano di medicina di Cantani e Maragliano.* Cap : ulcera dello stomaco (1889).

Lucas-Championnière. — Ulcère de l'estomac d'origine traumatique. *Journ. de méd. et de chir. pratiques.* Paris (1889), LX, p. 243.

Potain. — Ulcère de l'estomac d'origine traumatique. *Abeille médicale* (1889), LX.

P. Thiéry. — *Bull. de la Soc. anat.* Paris (1889).

Vanni. — Sull' ulcera dello stomaco di origine traumatica. *Lo Sperimentale* (Juglio 1889).

Moty. — *Revue de chirurgie* (1890), n° 11, p. 878.

Vibert. — Perforations de l'estomac *post mortem*. *Annales d'hygiène*. Paris (1891), t. XXV, p. 82.

Debove et Renault. — L'ulcère de l'estomac. *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. Paris (1892).

Limont et Page. — *The Lancet* (1892), July, 9.

Hoffmann. — *Lehrbuch der gerechtlichen Medizin*. 6 Aufl. Wien (1893).

Rendu. — *Annales de médecine* (1893), n° 38.

Tapie. — Ulcère de l'estomac d'origine traumatique. *Midi médical* (22 avril 1894), n° 16, p. 245.

Gilles de la Tourette. — L'ulcère rond de l'estomac dans les hôpitaux de Paris ; pathogénie et statistique. *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux* (8 juin 1894), p. 396.

Muller. — *Inaug. Dissert.* Leipzig (1894).

Torné. — Étude sur l'ulcère simple de l'estomac d'origine traumatique. *Th. de Toulouse* (1894).

Ebstein. — Ueber traum. Magenerkrankheiten. *Arch. f. klin.* (1895), V. S : 50.

Richardière. — Ulcère traumatique de l'estomac. *Union médicale* (1895), LIX, p. 183.

Rehn. — Die Verletzungen des Magens durch stumpfe Gewalt. *Arch. f. klin. Chir.* (1896), Bd. LIII.

Levig. — Ueber traumatische Magenerkrankungen. *Inaug. Dissert.* Kiel (1898).

Pauly. — Zur Lehre von traum. Magengeschwürs. *Aertzliche sachsverstændigen Zeitungen ;* Berlin (15 janvier 1898).

Reichel. — Zur Lehre von traum. Magengeschwürs. *Aertz. sachv. Zeit.* Berlin (1898), IV. S : 113.

Just. — Causes de l'ulcère simple de l'estomac. *Th. de Montpellier* (1899).

Jessen. — Ein Fall von Ulcus ventriculi traumaticum. *Monatschr. f. Unfallheilkünde.* Leipzig (1900) Bd. VII. S : 256.

R. Stern. — *Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten ;* Iéna (1900). S : 197-213.

Sineau. — Quelques réflexions sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. *Th. de Paris* (1900).

Turlais. — Traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. *Th. de Paris* (1900).

Einhorn. — *Lehrbuch der Magenkrankheiten* (1901).

Pinatel. — Des lésions de l'estomac consécutives aux traumatismes par contusion *Th. de Paris* (28 mars 1901).

Brianes. — Des plaies de l'estomac par armes blanches. *Th. de Montpellier* (22 mars 1902).

Forgue. — Plaies de l'estomac par armes à feu. *Comm. au Congrès français de Chirurgie* (22 octobre 1902).

Forgue et Jeanbrau. — Des plaies de l'estomac par armes à feu ; *Revue de Chir.*, Paris (10 octobre 1903), n° 10, p. 488 et suivantes.

Schmidt (A.). — Zur Pathogenese des Magengeschwürs ; *XX*e *Congr. allem. de méd. interne*; Wiesbaden (1902); S : 270-279.

Bigeon. — Des perforations traumatiques de l'estomac. *Th. de Paris* (1903).

Dumény. — Ulcère traumatique de l'estomac. *Th. de Paris* (15 janvier 1903).

Hannecart. — *Annales de la Société belge de Chir.* (avril 1904).

Thoinot. — *Les accidents du travail et les affections médicales traumatiques*, Paris (1904), p. 293-318.

Desanti. — Des traumatismes de l'estomac et de leur interprétation médico-légale. *Th. de Toulouse* (juillet 1905).

Fertig. — *Münch. med. Wochenschr.* (septembre 1905).

Guillois — Des affections de l'estomac consécutives aux traumatismes par contusion *Th. de Paris* (12 janvier 1905).

Fieber. — *Arch. f. klin. Chir.* (1906). Bd. LXXIX.

Lavelle (J.-N.). — Contribution à l'étude de l'ulcère traumatique de l'estomac. *Th. de Bordeaux* (15 février 1907).

Œttinger. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n° 2, (février 1909).

Litthauer. — *Virchow's Archiv.* 1909. Bd. CXCV.

Thiem. — *Handbuch der Unfallerkrankungen*, Stuttgart (1909). II Bd., II Tl. S : 434-463.

Payr. — Beitræge zur Pathogenese pathologischen Anatomie und radikalen operativen Therapie des runden Magengeschwürs. *Arch. f. klin Chir.* (1910). Bd XCIII; S : 436-496.

Gilbert et Thoinot. — *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*; Paris (1913). Mal. de l'estomac : Fasc. XVI; p. 328.

Mathieu (A.), Sencert (L.), et Tuffier (Th.). — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage* ; Paris (1913), p. 486.

Thoinot. — *Précis de Médecine légale.* Paris (1913) ; T. I ; p. 392-396.

Raneletti. — *L'ulcera traumatica dello stomaco ;* Rome. (Ce mémoire ne porte aucune indication chronologique. Il a été publié après 1902, car il contient l'observation communiquée par Forgue au Congrès français de Chirurgie le 22 octobre 1902.)

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN